

POLIZA DE SEGUROS DE GARANTÍA

DATOS DEL CLIENTE

PROPONENTE	: Fundación Tierra de Esperanza		
RUT	: 73.868.900 - 3	FONO	:
DIRECCIÓN	: Caupolicán 346 Of. A		
CIUDAD	: CONCEPCION	COMUNA	: CONCEPCION
AFIANZADO	: Fundación Tierra de Esperanza		
RUT	: 73.868.900 - 3		

DATOS DE LA POLIZA

NÚMERO	: 2.3.016113
RAMO	: Correcto uso de anticipos
SUCURSAL	: Casa Matriz

FECHAS DE VIGENCIA

DESDE	: Las 12 hrs. de 09 de septiembre de 2013
HASTA	: Las 12 hrs. de 30 de octubre de 2014
PLAZO	: 416 días

MATERIA ASEGURADA

MATERIA	: Correcto uso de anticipos		
MONTO ASEGURADO	: 2.954,00	MONEDA	: Unidad de Fomento
MONTO EN LETRAS	: DOS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO CON 00/100		
ASEGURADO	: Serv.Nac.para la Prev.y Rehab.del cons.de drogas y alcohol		
RUT	: 61.980.170 - 9		

CORREDOR

NOMBRE	: FR Group Corredores de Seguros		
RUT	: 79.619.240 - 2	COMISIÓN	: 10,00 %

TOTAL DE LA POLIZA

PRIMA NETA	: 67,34	MONEDA	: Unidad de Fomento
IVA	: 12,79		
PRIMA TOTAL	: 80,13		
FECHA DE EMISIÓN	: 12 de septiembre de 2013		

Cesce Chile Aseguradora S.A.

POLIZA: 2.3.016113 CORRECTO USO DE ANTICIPOS

Rige póliza de Garantía de Cumplimiento de Contrato en General y de Ejecución Inmediata, Inscrita en el Registro de Pólizas bajo el Código POL 1 02 077 de la Superintendencia de valores y Seguros. Esta entidad asegura mediante la tasa, vigencia, prima e impuestos detallados en la propuesta y que se individualizan a continuación con arreglo a las condiciones generales estipuladas en la póliza y sus anexos, aplicables al presente caso y aceptada por ambas partes a las particulares que se especifican, asegura dentro de los límites de la República de Chile.

CONDICIONES DE COBERTURA:

La presente póliza se extiende para garantizar el anticipo y correcto uso de los recursos recibido para la ejecución del Programa De Tratamiento Para Niños, Niñas Y Adolescentes Con Consumo Problemático De Alcohol Y Drogas, Modalidad Denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria", en la ciudad de Rancagua.

Deducibles: Sin deducibles

EXCLUSIONES:

Se excluye expresamente las obligaciones laborales y previsionales para los efectos de lo dispuesto en el Título VII, Párrafo primero del Código del Trabajo.

Se excluye de la cobertura de esta póliza lo dispuesto en el artículo 183 E del Código del Trabajo.

Se excluye expresamente de la presente póliza Multas y demás Cláusulas Penales.-

MONEDA UNIDAD DE FOMENTO:

Queda convenido entre las partes que para determinar el valor en pesos del presente contrato, se utilizará el valor de la UF informado por el Banco Central de Chile al momento del pago de la póliza o en caso de siniestro, al momento de pago de la indemnización.



POLIZA: 2.3.016113 CORRECTO USO DE ANTICIPOS

COBERTURAS

COBERTURA	MONTO ASEGURADO	PRIMA NETA	IVA	PRIMA TOTAL
Correcto uso de anticipos	2.954,00	67,34	12,79	80,13

COSTO TOTAL

	MONTO ASEGURADO	MONTO NETO	IVA	TOTAL
Correcto uso de anticipos	2.954,00	67,34	12,79	80,13
COSTO TOTAL	2.954,00	67,34	12,79	80,13

FORMA DE PAGO

FORMA DE PAGO	: Contado
VENCIMIENTO	: 30 de septiembre de 2013

Cesce Chile Aseguradora S.A.

Asegurado

<p>POLIZA DE GARANTIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO EN GENERAL Y DE EJECUCION INMEDIATA</p>
--

Incorporada al Depósito de Pólizas bajo el código POL 1 02 077

CONDICIONES GENERALES

Artículo I. Definiciones.

Para los efectos de esta póliza se entiende por:

- a) "Asegurado", la persona natural o jurídica que como acreedor tiene derecho a exigir el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el "Afianzado", según la ley o el contrato especificado en las Condiciones Particulares de esta póliza, y a cobrar la correspondiente indemnización en caso de siniestro. También se considerará como Asegurado a la persona que sin ser acreedor, haya intervenido en la contratación del seguro por tener un interés real en el cumplimiento de las obligaciones aseguradas.
- b) "Beneficiario", la persona natural o jurídica designada por el Asegurado, y autorizado por la Compañía, sólo para el efecto de recibir el pago de indemnizaciones a que haya lugar conforme a la póliza, sin que le corresponda requerir el pago o ejercer otro derecho respecto de la póliza de Seguro de Garantía contratada.
- c) "Afianzado", "Tomador" o "Contratante", la persona natural o jurídica que solicita la emisión de una póliza de garantía para caucionar las obligaciones que contraiga con el Asegurado o acreedor.
- d) "Asegurador" o "Compañía", la entidad aseguradora que ha emitido esta póliza.
- e) "Ley " o "Contrato", el individualizado en las Condiciones Particulares, cuyas obligaciones quedan cubiertas por la póliza. Dentro del término "ley" se entenderán también comprendidas las normas reglamentarias o administrativas que la complementen.

Artículo II. Objeto del Seguro.

La presente póliza garantiza el fiel cumplimiento por parte del Afianzado de las obligaciones contraídas en virtud de la ley o del contrato individualizado en las Condiciones Particulares de esta póliza, siempre que el incumplimiento de las obligaciones garantizadas sea imputable al Afianzado o provenga de causas que afecten directamente su responsabilidad.

Se considera que forman parte de dicho contrato las bases administrativas, las especificaciones técnicas, los planos y en general todos los documentos que conforme al contrato debe entenderse que forman parte integrante del mismo.

El texto del referido contrato y los documentos que forman parte de él, son los que el Tomador ha entregado a la Compañía al momento de solicitar la contratación del seguro.

Artículo III. Responsabilidad de la Póliza.

La presente póliza garantiza hasta el monto asegurado, los perjuicios que el Asegurado sufra como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones contraídas por el Afianzado.

Artículo VIII. Cesión de Derechos.

Queda expresamente prohibido al Asegurado ceder o transferir en todo o en parte los derechos provenientes de esta póliza, a menos que tal cesión haya contado con la aprobación previa, expresa y escrita de la Compañía.

Artículo IX. Condición de Cobertura.

Esta póliza se ha emitido bajo el entendido que entre el Asegurado y el Tomador no existen vinculaciones económicas o jurídicas de sociedad, asociación o dependencia de uno y otro, ni de sociedad filial o coligada, cuando se trate de sociedades anónimas.

Tratándose de personas naturales, es entendido que entre el Asegurado y el Afianzado no existen vínculos de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el cuarto grado inclusive.

Si con posterioridad a la emisión de la póliza se produjera cualquiera de las vinculaciones aquí mencionadas, el seguro quedará automáticamente sin efecto, a menos que el asegurador hubiere conocido tal vinculación y la haya aprobado expresamente y por escrito.

Artículo X. Obligaciones del Asegurado.

El Asegurado no podrá agravar los riesgos asegurados en caso de incumplimiento del Afianzado, tolerando o permitiendo que éste aumente el monto de la pérdida indemnizable.

El Asegurado queda obligado a tomar todas las medidas necesarias para evitar el aumento de tal pérdida.

El incumplimiento de esta obligación por parte del asegurado, autoriza a la Compañía para reducir la indemnización sólo a la suma a que habría ascendido la pérdida en caso que el Asegurado hubiese adoptado dichas medidas o para pedir la resolución de este contrato.

Todo reclamo deberá hacerse por el Asegurado a la Compañía tan pronto se haya constatado un incumplimiento del contrato que autorice para hacer efectiva esta póliza.

Artículo XI. Determinación y Configuración del Siniestro.

El Asegurado podrá hacer efectiva esta póliza, hasta por un monto no superior a la suma asegurada, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el Afianzado haya incurrido en incumplimiento de las obligaciones garantizadas por esta póliza; y
- b) Que el Asegurado haya notificado al Afianzado en forma fehaciente requiriéndole para que cumpla el contrato o pague los perjuicios causados por el incumplimiento.

Cumplido lo anterior el Asegurado podrá requerir el pago a la Compañía. Este requerimiento consistirá en una declaración suscrita por el Asegurado en la que se especifique el hecho en que consiste el incumplimiento y el monto de la indemnización solicitada.

Todo reclamo cubierto por esta póliza deberá hacerse por el Asegurado a la Compañía tan luego como se produzca el hecho que motiva el reclamo y, en todo caso, dentro del plazo señalado en el artículo IV precedente, o en el especificado en las Condiciones Particulares.

No obstante lo estipulado precedentemente, el Asegurado, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Superintendencia de Valores y Seguros las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3º del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

Cuando el Asegurado sea un servicio público, empresa del Estado, Municipalidad u otro organismo público, cualquier dificultad que se suscite entre el Asegurado y la Compañía con relación al contrato de seguro, de que da cuenta esta póliza, será de competencia de los Tribunales Ordinarios de Justicia.

Artículo XVII. Domicilio.

Para todos los efectos legales que deriven de la presente póliza, las partes fijan su domicilio en la ciudad señalada en las Condiciones Particulares.



ORD.: N° 06/550/13.-

ANT.:---

MAT.: Envía Propuesta
Adolescentes Población General.

RANCAGUA, agosto 28, de 2013

DE : CLAUDIA REYES BASTIAS
DIRECTORA REGIONAL
SENDA REGION DE O'HIGGINS

A : SRA. MARÍA ELENA RIVEROS E.
JEFA DE DIVISIÓN PROGRAMÁTICA
SENDA NACIONAL

Junto con saludarle, mediante el presente envío a Ud.: Propuesta elaborada por Fundación Tierra de Esperanza, denominada "Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y drogas, modalidad Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria". Se adjunta:

- Formulario para la presentación de proyectos Senda 2013 (2 copias).
- Documentación obligatoria requerida.
- Copia de Resolución exenta N°17517 de la Seremi de Salud Región de O'Higgins, que certifica la Acreditación Sanitaria respectiva.

Sin otro particular, saluda atentamente



CLAUDIA REYES BASTIAS
Directora Regional

SENDA Región del Lib. Gral. Bernardo O'Higgins

TTT/ttt
Distribución

- 1.- Citada
2. - Magdalena Donoso Turpaud, Área Tratamiento.

30 AGO 2013

E10806



DR.NAF/DR.MMY/SRH/MEP.-

RESOLUCIÓN EXENTA N° **17517**

RANCAGUA,

27 AGO. 2013

VISTOS:

La carta presentada por don Hipólito Cáceres Barly, quien solicita autorización de Instalación y funcionamiento de Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y Drogas, Modalidad Ambulatoria; el D.S. N° 04/10, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento para los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia Alcohol y/o Drogas; el D.S. N° 58/08 que aprueba las Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de Establecimientos Asistenciales y; el D.S. N° 594/99, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo; el D.F.L. N° 725/67, Código Sanitario; la Resolución N° 1600/08 de la Contraloría General de la República; el D.F.L N° 1/05 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763/79 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469 y el D.S. N° 145/07 del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

La solicitud de autorización y funcionamiento de Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y Drogas, Modalidad Ambulatoria; Que, según el Informe N° 23143/13 emitido por el Subdepartamento de Prestadores Médicos y Paramédicos, se acredita que el local cumple con las disposiciones reglamentarias vigentes. Que, de acuerdo a lo solicitado, el informe indicado y conforme las facultades legales y reglamentarias con las que obro, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.- AUTORIZÁSE la instalación y funcionamiento del Centro de Tratamiento y Rehabilitación de Personas, modalidad ambulatoria, ubicada en calle Campos N° 156-C, comuna de Rancagua, propiedad de la Fundación Tierra de Esperanza, RUT N°73.868.900-3, representada legalmente por don Hipólito Cáceres Barly, RUN N° 7.008.153-9.

2.- ESTABLÉCESE que el Director Técnico es doña Pamela Salfate Covarrubias, RUN N° 12.517.945-2, de profesión Asistente Social.

3.- DÉJASE ESTABLECIDO que la presente autorización sólo habilita al establecimiento para realizar servicios que permitan la rehabilitación de adolescentes dependientes de sustancias psicoactivas con un régimen de atención ambulatoria, con un cupo máximo de 30 pacientes.



REGISTRO:
EP-583-13
FECHA EMISION:
27-08-13
FECHA RECEPCION:
28-08-13
DESTINO:
CLAUDIA REYES

Of. Ord. N° 9

Materia: Resolución Sanitaria
Rancagua, 27 de Agosto de 2013

A: Srta. Claudia Reyes Bastias
Directora Regional
SENDA VI Región

De: Pamela Salfatte Covarrubias
Directora Programa Ágora Rancagua
Fundación Tierra de Esperanza

Mediante el presente oficio, me dirijo a usted, para informar que a partir del 27 de Agosto del 2013, la Fundación Tierra de Esperanza, cuenta con la acreditación sanitaria, para el funcionamiento del programa para adolescentes que presentan consumo perjudicial o dependencia al alcohol y/o drogas, modalidad Ambulatoria Intensiva Comunitaria.

Con la entrega de este documento se pretende cumplir con los requisitos necesarios para la postulación del proyecto.

Se anexa fotocopia de Resolución Sanitaria.

Sin otro particular, se despide atentamente:

Pamela Salfatte C.
Pamela Salfatte C.

Directora Programa Ágora Rancagua



Fundación Chilena por la Infancia: sus Derechos y su Futuro

Dirección calle Sargento Bueras N° 742, Rancagua

Fono 2241008 pamelasalfatte@tdesperanza.cl

III.- OBSERVACIONES AL PROYECTO

El proyecto se adecúa a la población a atender. Evaluar durante la implementación del proyecto la profundidad del trabajo comunitario y en red , así como también la plasticidad de las coordinaciones con los demás actores involucrados en el tratamiento, además sería importante poder realizar el acompañamiento seguimiento de las intervenciones comunitarias y sociales.



Enzo Gino Santori Quevedo

Asesor Unidad Infanto Adolescentes
Área de Tratamiento



Magdalena Teresa Donoso Turpaud

Coordinadora Unidad Infanto
Adolescentes Área de Tratamiento



FICHA DE EVALUACIÓN TÉCNICA

PROYECTOS
DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE DROGAS
CONVOCATORIA 2013

I.- ANTECEDENTES DEL PROYECTO

Código	
Organización Responsable	Fundación Tierra de Esperanza
Nombre del Proyecto	Programa de Tratamiento para Niños, Niñas o Adolescentes con Consumo problemático de Alcohol y Drogas, modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria
Cobertura	30 beneficiarios/as de la ciudad de Rancagua
Duración del Proyecto	12 meses
Monto Total del Proyecto	\$177.919.678 (\$62.182.740 del año 2013 y \$115.736.938 del año 2014)
Monto solicitado a SENA	\$170.243.908 (\$56.746.970 del año 2013 y \$113.496.938 del año 2014)
Fecha de Evaluación	29-ago-13

II.- EVALUACIÓN DE ITEMS

DIMENSIÓN	ITEM	PUNTAJE
Pertinencia	1. Adecuación del proyecto al problema diagnosticado	7
	2. Adecuación de la metodología a la población objetivo	7
Focalización	3. Focalización del programa	7
Especificidad	4. Especificidad del marco teórico	10
Alto Impacto	5. Cobertura	5
Coherencia	6. Coherencia del proyecto	10
	7. Adecuación presupuestaria	5
Complementariedad	8. Aportes de la institución y/o terceros	4
Entidad Ejecutora	9. Experiencia institucional	10
	10. Organización del equipo técnico profesional	5
* Puntaje Máximo 80 puntos – Puntaje Mínimo 48 puntos.		PUNTAJE TOTAL 70

Justificación Asignación Directa Fundación Tierra de Esperanza
Proyecto: Programa de Tratamiento para Niños, Niñas, o Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria, Rancagua

1. Que la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011 – 2014 del Supremo Gobierno, 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 fenómenos. Para ello, SENDA, ha desarrollado y planificado elaborar planes, programas, proyectos 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 los consumidores de sustancias que resulten problemáticos.
2. Que en dicho sentido, la ENDA 2011 – 2014 reconoce que en nuestro país existe una importante brecha entre las necesidades de tratamiento de problemas de drogas y alcohol de la población.
3. Que en este contexto, una de las acciones más relevantes es el tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad social.
4. Que uno de los grupos cuyas necesidades de tratamiento no se encuentran totalmente cubiertas por la oferta pública y privada existente los constituyen aquellos niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de drogas y alcohol, cuyo consumo no es cubierto por GES, el que garantiza el acceso a un programa ambulatorio de tratamiento básico, que no es suficiente para la complejidad presentada en esta población, por lo que se hace necesario impulsar y apoyar técnicamente aquellas iniciativas, actividades o programas orientados a la satisfacción de dichas necesidades.
5. Que en virtud de lo anterior, se aprecia que existe una población de niños, niñas y adolescentes con consumo problemático de drogas y alcohol, que carece de oferta específica para sus problemas y necesidades.
6. Que según proyecciones del INE para el año 2013, la comuna de Rancagua contaría con 253.189 habitantes, de los cuales 126.354 son hombres y 126.835 son mujeres. La población foco de intervención entre los 0 y 18 años proyectadas por el INE para el presente año es de 70.689 habitantes, lo que corresponde al 27,9 % del total de población comunal, según el CASEN del 2011 un 6,8 % de la población se reconocería perteneciente al pueblo mapuche y un 0,2 % al atacameño.
7. Según las tasas de pobreza registradas por el CASEN 2011 en la comuna de Rancagua alcanzaría un 8,7 % de la población. Los hogares comunales con mujer como jefas de hogar alcanzaría el 51,5 % lo cual es significativamente superior a los porcentajes comunales y nacionales, y a su vez un 11,5 % de los hogares presentan condiciones de hacinamiento.
8. Las estadísticas temáticas de Sename permiten un acercamiento a la población infanto juvenil que presenta problemas de drogas en la región de O’ Higgins, los problemas de consumo de drogas se aprecian desde los 12-13 años incrementándose hasta los 18 años y

más, En cuanto a su distribución por sexo el consumo o porte , los hombres representan el 81,9 % y de los problemas de consumo de drogas los hombres se muestran con un 88,7 %, significativamente los hombres presentarían una mayor concentración en comparación con las mujeres.

9. Que Según noveno estudio escolar (SENDA, 2011) entre los escolares de la región de O'higgins, el uso de alcohol en último mes es 34,1% (SENDA, 2011). Al desagregar la prevalencia mes de consumo de alcohol, se observa que no difiere significativamente entre hombres (34,6%) y mujeres (33,1%). La prevalencia de consumo intenso (bebido 5 o más tragos en una sola ocasión durante los últimos 30 días) entre quienes declaran consumo de alcohol en el último mes es de 56,2% en la región. Al desagregar esta variable por sexo, se aprecia que un 67,1 % de los hombres y un 43 % de las mujeres han tenido a lo menos un episodio de embriaguez.
10. Que el mismo estudio se establece que en la región, la prevalencia de último año de consumo de marihuana alcanza un 14,3%. Al desagregar los resultados, se observa que el consumo en los hombres con un 15,7 % frente a un 11,7% en las mujeres. Realizando el análisis por cursos, el consumo es significativamente más alto en el grupo de 2^{do} a 4^{to} medio en comparación al 8^{vo} básico a 1^{ero} medio, con prevalencias de 17,1 % y 11,2 %, respectivamente.
11. En la región se observa un aumento en el consumo de inhalables pasando de un 2,2 % en el 2009 a un 3,3 % en el 2011, al desagregar el consumo, se observa que los hombres es significativamente mayor que en las mujeres (3,6 % frente a un 1,7 %) en el último estudio.
12. En el caso de alcohol dos indicadores para caracterizar percepción de riesgo: percepción de riesgo de consumir alcohol diariamente y percepción de riesgo de embriagarse, el comportamiento de estos indicadores es al alza en la región. La percepción de riesgo de consumir alcohol diariamente aumenta desde un 43,5 % en 2009 a 59,6 %, mientras que para embriaguez varía desde 69,6 % a 83,4 %. La proporción de estudiantes que declara riesgoso el consumo frecuente de cocaína varía de un 60,7 % a un 58,8 %, mientras que para el consumo frecuente de marihuana se observa una diferencia significativa de un 39,8 % en 2009 a un 51,8 % en el último estudio.
13. Que de acuerdo a datos de SENAME, en la comuna de ^{Rancagua} ~~Temuco~~ se atienden 595 niños, niñas y adolescentes en los diversos Programas de Protección de Derechos, información del segundo trimestre de 2013. De este total de niños, niñas y adolescentes, 85 han sido ingresados a las diversas Residencias, 132 a Programas de Protección, 119 a Programas Especializados Protección, todos ellos de la comuna de Rancagua. Todos estos niños, niñas y adolescentes, requieren recibir una evaluación especializada y la oportuna atención en la eventualidad que presenten consumo problemático de alguna sustancia dañina para su proceso de desarrollo, mejorando su calidad de vida y fortaleciendo el compromiso que tenemos como garantes de sus derechos.

14. Que la Fundación Tierra de Esperanza es una entidad privada sin fines de lucro, creada en 1997 con el propósito de contribuir a que niños, niñas y jóvenes en situación de vulneración social se sientan apoyados, protegidos y defendidos frente a la injusticia y falta de oportunidades.
15. Que en la actualidad, Tierra de Esperanza atiende a alrededor de 4 mil niños, niñas y jóvenes a través de centros ubicados a lo largo del país. Para llevar a cabo estos programas la Fundación recibe financiamiento privado y público, siendo este último el de mayor envergadura, principalmente, del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), el Servicio Nacional de Menores (SENAME), el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo Social.
16. Que en ese contexto, Fundación Tierra de Esperanza entrega atención para el consumo problemático de drogas y alcohol, con reconocida capacidad técnica e institucional para desarrollar programas, el que se constata a través de diversas actividades, proyectos y programas que implementa en dicho ámbito, y que ha manifestado su interés en entregar tratamiento prioritario y urgente a aquellos niños, niñas y adolescentes con problemas de adicción de drogas y/o alcohol, no cubierta por otros programas y planes de tratamiento de la comuna.
17. Que a modo referencial, la Fundación Tierra de Esperanza ha ejecutado programas de tratamiento y rehabilitación con población adolescente en el marco del Programa de Tratamiento Integral para Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Drogas – Alcohol y Otros Trastornos de Salud Mental en nueve regiones del país, desde el año 2007 a la fecha.
18. Que a su vez, ha ejecutado proyectos de Tratamiento del Consumo Problemático de Drogas y Alcohol en niños, niñas y adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada 24 Horas, en convenio con SENAME en la Región Metropolitana.

PAUTA DE EVALUACION FINANCIERA
PROYECTOS 2013

CODIGO PROYECTO	
--------------------	--

ANTECEDENTES DEL PROYECTO

NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL	Fundación Tierra Esperanza Rancagua	
NOMBRE PROYECTO	Programa de Tratamiento para Niños, Niñas y Adolescentes con consumo problemático de Alcohol y Drogas, modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria	
DURACION DEL PROYECTO	12 meses Septiembre a Diciembre 2013 – Enero a Agosto 2014	
ITEM PRESUPUESTARIO	24.03.001	
MONTO TOTAL PROYECTO	\$177.919.678 Año 2013: \$62.182.740 y Año 2014 \$115.736.938	
MONTO TOTAL PROYECTO (SENDA)	\$170.243.908 Año 2013: \$56.746.970 y Año 2014 \$113.496.938	
REGION	COMUNA	LOCALIDAD
LIBERTADOR BERNARDO OHIGGINS	RANCAGUA	RANCAGUA

PRESUPUESTO

Septiembre a Diciembre 2013

ITEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ITEM	% DEL ITEM APORTE SENDA
GASTOS OPERACIONALES	\$ 120.000	\$ 6.528.000	\$ 6.648.000	12%
GASTOS ASOCIADOS A ACTIVIDADES	\$ 160.000	\$ 4.880.000	\$ 5.040.000	9%
EQUIPAMIENTO	\$ 4.275.770	\$ 67.000	\$ 4.342.770	0%
RECURSOS HUMANOS	\$ 880.000	\$ 45.271.970	\$ 46.151.970	80%
TOTAL	\$ 5.435.770	\$ 56.746.970	\$ 62.182.740	100%

Enero a Agosto 2014

ITEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ITEM 8 meses	% DEL ITEM APORTE SENDA
GASTOS OPERACIONALES	\$ 160.000	\$ 13.056.000	\$ 13.216.000	12%
GASTOS ASOCIADOS A ACTIVIDADES	\$ 320.000	\$ 9.760.000	\$ 10.080.000	9%
EQUIPAMIENTO	\$ 0	\$ 137.000	\$ 137.000	0%
RECURSOS HUMANOS	\$ 1.760.000	\$ 90.543.938	\$ 92.303.938	80%
TOTAL	\$ 2.240.000	\$ 113.496.938	\$ 115.736.938	100%

PAUTA DE EVALUACION FINANCIERA
PROYECTOS 2013

CODIGO PROYECTO	
--------------------	--

Septiembre 2013 a Agosto 2014

ITEM	APORTE PROPIO	SENDA	TOTAL ITEM 12 Meses	% DEL ITEM APORTE SENDA
GASTOS OPERACIONALES	\$ 280.000	\$ 19.584.000	\$ 19.864.000	12%
GASTOS ASOCIADOS A ACTIVIDADES	\$ 480.000	\$ 14.640.000	\$ 15.120.000	9%
EQUIPAMIENTO	\$ 4.275.770	\$ 204.000	\$ 4.479.770	0%
RECURSOS HUMANOS	\$ 2.640.000	\$ 135.815.908	\$ 138.455.908	80%
TOTAL	\$ 7.675.770	\$ 170.243.908	\$ 177.919.678	100%

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CRITERIO	SI	NO
Los montos presentados son correctos.	X	
Los plazos definidos para el proyecto se ajustan en el marco establecido.	X	
Se entrega un detalle de los gastos realizados por actividad.	X	
Existe coherencia entre los gastos y actividades a realizar.	X	
Existe un detalle de las horas trabajadas en el proyecto, por cada profesional que participa.	X	
Los gastos operacionales se ajustan a los valores referenciales	X	
El monto presupuestado para equipamiento esta de acuerdo a las bases establecidas.	-	
Se adjunta documentación de respaldo solicitada	-	
Ficha Obligatoria de Proyecto contiene información solicitada	X	

OBSERVACIONES

--

PAUTA DE EVALUACION FINANCIERA
PROYECTOS 2013

CODIGO PROYECTO	
--------------------	--

Documentación Obligatoria	SI	NO
2 ejemplares del proyecto en formato establecido para el caso, firmados por el representante legal	x	
Copia simple de la cédula nacional de identidad del representante legal	x	
Copia simple del Rol único tributario de la institución	x	
Certificado de vigencia de la personalidad jurídica, con detalle de la directiva (no más de 90 días hábiles)	x	
Copia simple del documento donde conste la personería del representante legal.	x	
Documento que acredite vigencia de Cuenta Corriente, Cuenta de Ahorro o Cuenta Vista a nombre de la entidad ejecutora.	x	
Certificado de inscripción al Registro Central de Colaboradores del Estado (Ley N° 19.862)	x	
Declaración jurada simple (no notarial), en original, firmada por el representante legal de la entidad, declarando que no presenta rendiciones de gastos pendientes con Senda u otra entidad pública. En el caso de proyectos con financiamiento de ley N° 20.000	-	
Declaración jurada del art.12 del reglamento del Fondo Especial. (entidades públicas y privadas sin fines de lucro) (actuales)	-	
Declaración jurada art.13 del reglamento del Fondo Especial. (entidades privadas sin fines de lucro) (actuales)	-	

Nombre Profesional SENDA	Ninoska Sandoval
Fecha de Aplicación Pauta	02-09-2013

N. Sandoval

Asesora Financiera
División Programática

TRATAMIENTO

SENDERIA

2013

CODIGO PROYECTO	
----------------------------	--

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS SENDA 2013



FORMATO A



FORMULARIO PRESENTACIÓN PROYECTOS FORMATO A 2013

1.- NOMBRE PROYECTO

Programa de Tratamiento para Niños, Niñas, y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas, modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria.

2.- LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

REGIÓN

Libertador General Bernardo O'Higgins

PROVINCIA

Cachapoal

COMUNA

Rancagua

SECTOR O LOCALIDAD

Rancagua

3.- IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIÓN U ORGANIZACIÓN

NOMBRE Y/O RAZON SOCIAL

Fundación Tierra de Esperanza

RUT

73.868.900-3

DIRECCIÓN

Exeter 540- D. Concepción

TELÉFONO-FAX

(41) 2106850/ (41) 2106871

E-MAIL

contacto@tdesperanza.cl

Nº PERSONALIDAD JURÍDICA

Nº 262

4.- IDENTIFICACIÓN REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE

Hipólito Cáceres Barly

RUT

7.008.153-9

DIRECCIÓN

Exeter 540- D. Concepción

TELÉFONO-FAX

(41) 2106850/ (41) 2106871

E-MAIL

hipolito.caceres@tdesperanza.cl



5.- CUENTA CORRIENTE BANCARIA DE LA INSTITUCIÓN (para el depósito de los recursos)

BANCO	ITAU	
Nº DE CUENTA	203021674	
TIPO DE CUENTA	CORRIENTE	AHORRO
	X	
CERTIFICADO DE VIGENCIA	Fecha emisión: 13/08/2013	

6.- EQUIPO DIRECTIVO

NOMBRE	CARGO O FUNCIÓN
Pamela Salfatte Covarrubias	Directora
Claudia Cruz Orellana	Psicóloga
Dayana Rodríguez Soto	Psicóloga
Rebeca Castro Reyes	Psicóloga
Josefina Rozas Arenas	Trabajadora Social
Carlos Olivos Vilaza	Trabajador Social
Marilda Monardez Melo	Trabajadora Social
Gabriel Díaz Valenzuela	Médico Cirujano
Daniela González Moya	Terapeuta Ocupacional
En proceso de selección	Psicopedagogo
Ángel Galaz Romero	Técnico en Prev. y Rehabilitación
Daniel Corral Torres	Técnico en Prev. y Rehabilitación
Geraldine Moncada Villar	Tallerista
Alejandra Sáez Vidal	Tallerista



7.- IDENTIFICACIÓN ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES COLABORADORAS

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO-FAX	TIPO DE APOORTE (Infraestructura, recursos humanos, equipamiento, otros)
SENDA REGIÓN O'HIGGINS	GAMERO Nº 18. RANCAGUA	72- 2222343	Supervisión y asesoría técnica; financiamiento.
PIE- ACJ	ILLANES Nº 331. RANCAGUA	72- 2233331	Derivación de niños y adolescentes; coordinación y trabajo complementario.
PIB RANCAGUA	FREIRE CON TURTÓN. RANCAGUA	72- 2584197	Derivación de niños y adolescentes; coordinación y trabajo complementario.
PIB RANCAGUA PONIENTE	PASAJE 36, CASA Nº 760. RANCAGUA	72- 2967740	Derivación de niños y adolescentes; coordinación y trabajo complementario.
SBC - BERNARDO O'HIGGINS	AV. ESPAÑA Nº 139. RANCAGUA	72- 2225494	Derivación de niños y adolescentes; coordinación y trabajo complementario.
PSA - CACHAPOAL	ASTORGA Nº 609. RANCAGUA	72- 2236551	Derivación de niños y adolescentes; coordinación y trabajo complementario.
PER - CATALINA KENTENICH	GOBERNADOR PEDRO DE LOS ALAMOS Nº 580, POBLACION MANSO DE VELASCO. RANCAGUA	72- 2955208	Coordinación técnica para el abordaje psicosocial de necesidades de niños, adolescentes y sus familias
PER - ASOCIACION CRISTIANA DE JOVENES	ALCAZAR Nº 542. RANCAGUA	72- 2757066	Coordinación técnica para el abordaje psicosocial de necesidades de niños, adolescentes y sus familias
PRM - CENTRO ESPERANZA	BAQUEDANO Nº 140. RANCAGUA	72- 2320296	Coordinación técnica para el abordaje psicosocial de necesidades de niños, adolescentes y sus familias
OPD EL LIBERTADOR	AV. PROVINCIAL S/N IRENE FREIRE. RANCAGUA	72- 2226609	Coordinación técnica para el abordaje psicosocial de necesidades de niños, adolescentes y sus familias
DAM - RIO RANCAGUA	CRISTOBAL COLON Nº490. RANCAGUA	72-2229100	Coordinación técnica para el abordaje psicosocial de necesidades de niños, adolescentes y sus familias



Centro de Salud Familiar N° 1- Enrique Dintrans A.	Avenida Baquedano N° 626, Rancagua	72- 2352400	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro de Salud Familiar N°2- Dr. Eduardo de Geyter	Calle Almarza N° 1064, Rancagua	72- 2352600	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro de Salud Familiar N° 3- Dr. Abel Zapata.	Av. Bombero Villalobos N° 010, esquina Av. Miguel Ramírez. Rancagua	72-2333800	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro de Salud Familiar N° 4- Dra. María Latife S.	Avenida Nelson Pereira N° 2411, Pobl. Nelson Pereira. Rancagua	72-2332800	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro de Salud Familiar N° 5- Dr. Juan Chiorrini	Juan Martínez de Rozas N° 01265 Población Rene Schneider, Rancagua	72-2352300	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro de Salud Familiar N° 6 - Ignacio Caroca	Avenida Constanza N° 1790. Población Vicuña Mackenna, Rancagua.	72-2352700	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro Comunitario CECOSF N°1 - Villa San Rafael	Pasaje Entre Lagos N° 580, Villa San Rafael. Rancagua	72- 2352600	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Centro Comunitario CECOSF N° 2 - Dintrans.	Calle Santa Olga. Población Dintrans. Rancagua	72- 2352690	Acceso a la atención de salud general de niños, niñas y adolescentes y sus familias.
Liceo María Luisa Bombal	Calle Chorrillos N° 1072, Rancagua	72- 2254690	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Liceo comercial Diego Portales	Almarza N° 971, Rancagua	72-2222777	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Liceo Comercial Jorge Alessandri	Avenida Italia N° 608, población Rancagua Norte, Rancagua	72- 2236641	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.



Liceo Oscar Castro	Calle Almarza Nº 410, Rancagua.	72- 230678	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Liceo Francisco Tello	Calle Estado 635, Rancagua.	72- 2220853	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Liceo Victorino Lastarria	Calle Almarza Nº 1013, Rancagua.	72- 2223463	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Colegio Santa Filomena	Los Olivos Nº 1462 Población Santa Filomena. Rancagua	72- 2265000	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Colegio René Schneider	J.M. Rozas Nº 0981. Rancagua	72- 2261507	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Colegio Benjamín Vicuña Mackenna	Avenida Constanza Nº 1650, Población Vicuña Mackenna, Rancagua	72- 2266214	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Colegio Patricio Mekis	J.M. Rozas Nº 658, Población Manuel Rodríguez, Rancagua.	72- 2261343	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.
Colegio Pablo Garrido	Lord Cochrane Nº 637, Población Granja	72-2211564	Acceso a educación de niños, niñas y adolescentes. Coordinación y trabajo complementario.



8.- DIAGNÓSTICO Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El problema del consumo de drogas en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes, ni para todos los grupos de edad o grupos socioeconómicos, focalizándose en un alto nivel de consumo de marihuana y alcohol en la población adolescente, así como el consumo problemático de pasta base y cocaína en población vulnerable.

De acuerdo al Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar en Chile (SENDA, 2011), las declaraciones de consumo de marihuana en el último año alcanzan 19,5%, registrando un aumento de 4,4 porcentuales en relación al estudio anterior, diferencia que es estadísticamente significativa. En tanto, el consumo de alto riesgo de marihuana mostró una disminución significativa de 22,3% en 2009 a 15,3% de 2011. El uso de cocaína llega a 3,2%, manteniéndose estable en el bienio, mientras que el consumo de pasta base registra una baja estadísticamente significativa, de 2,6% en 2009 a 2,2% en 2011. Los resultados para el uso de alcohol en el último mes, muestran una tendencia hacia la estabilidad, alcanzando un 34,7%.

Entre quienes declaran consumo de bebidas alcohólicas en el último mes, el 64,3% señala haber tomado 5 ó más tragos en una sola ocasión, en los últimos 30 días, es decir, 2 de cada 3 de este grupo de estudiantes han tenido al menos un episodio de consumo intenso en los últimos 30 días. El 37,5% declara no haberlo hecho nunca.

Rancagua se ubica en la Provincia de Cachapoal, Región de O'Higgins. Cuenta con una superficie de 260 km² y una población proyectada para el 2013 por el INE de 253.189 habitantes. La distribución entre sexos es 126.354 hombres y 126.835 mujeres. La población se concentra en la zona urbana, con un aproximado de un 81,7%, mientras que cerca del 20% vive en sitios rurales como Chancón, San Ramón, La Estrella y Punta de Cortés, que se encuentran dentro de la comuna. La población entre 0 y 18 años proyectadas por el INE para el presente año es de 70.689 habitantes, lo que corresponde al 27,9% del total de población comunal. Según Casen del 2011 un 6,8% de la población se reconocería perteneciente al pueblo originario mapuche y un 0,2% al atacameño¹.

Las tasas de pobreza registrada en Rancagua alcanza al 8,7% de la población según la última encuesta CASEN 2011, siendo inferior al porcentaje regional y nacional. Por otra parte, la disminución de la pobreza no es constante en la década del 2000, descendiendo en el 2003 y aumentando en el año 2009. Los hogares comunales con mujer jefa de hogar alcanza al 51,5%, lo cual es significativamente superior a los porcentajes comunales y nacionales. A su vez, un 11,5% de los hogares presenta condiciones de hacinamiento. Los índices de allegamiento alcanzan al 13,9% de los hogares comunales. Por otra parte, los años de escolaridad promedio en la comuna de Rancagua son de 10,4, lo cual es constante durante la década del 2000. Destaca que en la comuna un 12,2% presenta educación superior completa lo cual es superior al porcentaje regional e iguala el nacional.

Las estadísticas temáticas de Sename permiten un acercamiento a la población infanto juvenil que presenta problemas de drogas en la región de O'Higgins. Así, entre el tramo de edad entre 0 y 11 años, no se aprecian niños y/o niñas con problemas de consumo de drogas, lo que invisibiliza la exposición a drogas por parte de los referentes y/o cuidadores, como también en el entorno sociocomunitario; el uso de drogas aparece gradualmente a partir de los 10-11 hasta los 18 y más años en la figura de "consumo/porte en lugares públicos o privado con previo consentimiento (art. 50)". Los problemas de consumo de drogas se aprecian desde los 12-13

¹ <http://reportescomunales.bcn.cl/2013/index.php/Rancagua>



años incrementándose hasta los 18 y más años. En cuanto a la distribución por sexo, el consumo o porte (hombres 81.3%) y los problemas de consumo de drogas (hombres 88.7%) se verifica preponderantemente en los sujetos de sexo masculino.

Según noveno estudio escolar (SENDA, 2011) entre los escolares de la región de O'Higgins la muestra efectiva fue de 2.089 alumnos que representan a 38.975 alumnos de 8° básico a 4° medio de colegios municipales, particulares subvencionados y particulares pagados. Entre los escolares de la región, el consumo diario de tabaco presenta un descenso significativo respecto al estudio anterior, cayendo 3,9 puntos porcentuales (11,3% en 2009 frente a 7,4% en 2011). Al desagregar la prevalencia, se observa que el consumo de tabaco no difiere significativamente entre hombres y mujeres para el 2011 (6,6% frente a 8,2%). Asimismo, el descenso observado en ambos sexos respecto al estudio anterior tampoco es estadísticamente significativo. En línea con el estudio anterior, se mantiene la tendencia de que son los alumnos provenientes de cursos mayores (2° a 4° medio) quienes más consumen en comparación a los cursos menores (8° básico a 1° medio), sin ser esta diferencia estadísticamente significativa (9% frente a 5,5% en 2011). Sólo el descenso observado en los cursos mayores es estadísticamente significativo con respecto al 2009 (14,6% a 9%).

Entre los escolares de la región de O'Higgins, el uso de alcohol en último mes es de 34,1%. La diferencia con el 34,9% observado el 2009 no es estadísticamente significativa, por lo que no debe interpretarse como una disminución del consumo de esta sustancia en la región. Al desagregar la prevalencia mes de consumo de alcohol, se observa que no varía significativamente entre hombres y mujeres (34,6% frente a 33,1%). En hombres se produce un descenso no significativo de 2,8 puntos porcentuales respecto al estudio anterior, asimismo el aumento observado en mujeres tampoco es significativo. Por cursos, el grupo entre 8° básico y 1° medio registra una prevalencia de 22%, mientras que en el grupo de cursos mayores llega a un 44,8%. En ambos grupos de cursos las variaciones registradas respecto al estudio anterior no son estadísticamente significativas.

La prevalencia de consumo intenso (bebido 5 o más tragos en una sola ocasión durante los últimos 30 días) entre quienes declaran consumo de alcohol en el último mes es de 56,2% en la región. Al desagregar esta variable por sexo, se aprecia que un 67,1% de los hombres y un 43% de las mujeres han tenido a lo menos un episodio de embriaguez (diferencia significativa). Por dependencia administrativa, la prevalencia es de 62,9% en los colegios particulares pagados, mientras que en los municipales y subvencionados es de 50,3% y 58,3%, respectivamente. De los estudiantes que consumieron alcohol durante el último mes, el 59,8% declara que le sería fácil o muy fácil comprar alcohol. Al comparar entre cursos mayores y menores se aprecia una diferencia significativa a favor de los cursos mayores (65,3% frente a 46,9%). Según dependencia administrativa, los consumidores de alcohol de establecimientos particulares pagados son los que declaran la mayor facilidad para comprarlo, con un 69,4%, seguido por los establecimientos subvencionados con 66,7% y municipales con 46,3%.

En la región, la prevalencia de último año de consumo de marihuana muestra un alza no significativa de 1,2 puntos porcentuales con respecto al estudio anterior, llegando a un 14,3%. Al desagregar los resultados, se observa que el consumo no difiere significativamente entre hombres y mujeres (15,7% frente a 11,7%). En ambos casos no se observan variaciones significativas con respecto a 2009. Por cursos, el consumo es significativamente más alto en el grupo de 2° a 4° medio en comparación al de 8° básico a 1° medio, con prevalencias de 17,1% y 11,2%, respectivamente (ninguna de las variaciones respecto al 2009 es significativa).



Al desagregar la prevalencia de consumo de cocaína total se observa que en hombres es significativamente mayor que en mujeres en el 2011 (3% frente a 1,6%). Para los hombres se aprecia un descenso de 2,2 puntos porcentuales con respecto al estudio anterior, mientras que para las mujeres la prevalencia aumenta 0,9 puntos porcentuales (ambas variaciones no son estadísticamente significativas). Por cursos, el consumo no difiere significativamente entre los cursos mayores en comparación a los menores (3,6% frente a 2,2%). Sólo la variación observada respecto al estudio anterior en los cursos menores es significativa (4,6% a 2,2%).

En la región se observa un aumento no significativo del consumo de inhalables, pasando de 2,2% en 2009 a 3,3% en 2011. Al desagregar el consumo, se observa que en los hombres es significativamente mayor que en las mujeres (3,6% frente a 1,7%). Por otro lado, el consumo no difiere significativamente entre los cursos mayores y menores (3,4% frente a 3,1%). Ninguna de las variaciones observadas respecto al último estudio es estadísticamente significativa.

En el caso de alcohol existen dos indicadores para caracterizar percepción de riesgo: percepción de riesgo de consumir alcohol diariamente (uno o dos tragos todos o casi todos los días) y percepción de riesgo de embriagarse con alcohol. El comportamiento de estos Indicadores es al alza en la región (al igual que la tendencia nacional) con una variación significativa respecto al estudio anterior. La percepción de riesgo de consumir alcohol diariamente aumenta desde un 43,5% en 2009 a 59,6%, mientras que para embriaguez varía desde 69,6% a 83,4%. La proporción de estudiantes que declara riesgoso el consumo frecuente de cocaína varía de un 60,7% a un 58,8% (variación no significativa), mientras que para el consumo frecuente de marihuana se observa un quiebre respecto a los resultados de los dos estudios anteriores con un aumento significativo del indicador, pasando de un 39,8% en 2009 a un 51,8%. Ambos indicadores son similares a sus resultados nacionales (58,8% y 48%, respectivamente).

La proporción de personas que declara que le sería fácil conseguir marihuana se mantiene estable con respecto al estudio previo, con reportes de 35,3% en 2009 y 33,2% en 2011, asimismo la proporción de individuos que declara haber recibido ofrecimiento de marihuana en el último año varía (no significativamente) de 27,3% en 2009 a 23,9% en 2011. La facilidad de acceso disminuye significativamente para cocaína (13,4% en 2009 a 8,6% en 2011) y para pasta base (13,4% en 2009 a 8,2% en 2011). Por otro lado, la oferta reciente varía desde 9,3% en 2009 a 7,1% en 2011 para cocaína y pasa de 8,5% a 4,5% para pasta base, siendo sólo esta última variación estadísticamente significativa.

Finalmente, un estudio de CONACE del año 2008², presenta en sus conclusiones una "poderosa conexión entre delito y drogas", principalmente validado a partir del consumo problemático de drogas que presenta la población delictual, sin embargo, advierte el mismo estudio que el problema del uso y abuso de drogas excede ampliamente el problema delictual, ya que la mayor parte de consumidores no cometen delitos, pero enfrentan problemas y trastornos de los que es preciso hacerse cargo. En este sentido, es necesario subrayar el trasfondo social que envuelve la relación delito/droga, la cual es similar a muchos problemas sociales, pobreza y desempleo crónico, desorganización de las familias y vecindarios, dificultades de integración y éxito escolar e inmersión y socialización en ambientes que alientan y favorecen la desviación social.

² http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2008_Informe_Delito_Drogas.pdf



9.- JUSTIFICACIÓN

La intervención con niños/as y adolescentes con problemas asociados al consumo de drogas responde a la necesidad de intervenir en forma temprana en un grupo de la población que aún no ha terminado con sus tareas evolutivas, por lo tanto, la intervención en este grupo disminuye los daños asociados al consumo. Las respuestas específicas para este grupo, responde a la tendencia mundial de contar con programas de tratamiento separados de los de adultos y contar con un diseño que permita ubicar en cada usuario/a en el mejor programa de acuerdo a sus necesidades.

Al alero de la Convención de Derechos del Niño ratificada por Chile el año 1990, se reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. La Convención de Derechos del Niño ratificada por Chile el año 1990, resalta entre otros derechos, el interés superior del niño, niña y del adolescente (artículo 3) como eje clave en todas las medidas concernientes a los niños/as que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, comprometiéndose a asegurar la protección y el cuidado que sean necesarios para su bienestar. En el ámbito de las drogas, define que "los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños/as contra el uso ilícito de los estupefacientes y sustancias psicotrópicas enumeradas en los tratados internacionales pertinentes y para impedir que se utilice a niños/as en la producción y el tráfico ilícitos de esas sustancias" (artículo 33, de la Convención citada).

Al concebir al niño, a la niña y a los adolescentes como sujetos de derechos, la Convención les asigna el estatus de ciudadano/a. De esta forma, obliga al Estado, al igual que a las instituciones relacionadas con la crianza, a reconocer, respetar, proteger y garantizar los derechos estipulados, lo cual implica gestionar los recursos necesarios, ponerlos a su disposición y asegurar su accesibilidad. Esto incluye tomar todas las iniciativas que permitan asegurar no sólo la promoción de salud de estilos de vida saludable, sino también de proveerles de los servicios especializados cuando se vean envueltos en situaciones que dañan su salud. Los derechos de los cuales es titular todo niño, niña y/o adolescente abarcan todos los recursos culturales y aspectos de la vida en sociedad. Se requiere la generación de las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos, destacando la necesidad de un trato especial, acorde a su edad, madurez y/o etapa evolutiva.

Por otra parte, la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol define las líneas de acción a desarrollarse en el periodo 2011-2014. Hace énfasis en el desafío de actuar precoz y eficazmente durante la niñez y la adolescencia temprana, lo que se traduce en distintas líneas de acción, así como de cubrir la oferta de tratamiento de acuerdo a las necesidades de este grupo etario, comprometiendo mejorar el acceso, la equidad en el acceso, la atención oportuna y de calidad. De acuerdo a este documento, el problema del consumo de drogas y alcohol en Chile no es genérico o transversal para todas las drogas existentes ni para grupos de edad o niveles socioeconómicos.

Un estudio realizado por CONACE el año 2008, llamado "Representaciones Sociales sobre el consumo de drogas de la(s) Juventud(es) chilena"³, señala en su resumen ejecutivo que tanto el alcohol como la marihuana son consideradas las sustancias de inicio en el consumo de jóvenes. Apuntando a que no importa la adherencia a grupos con identidad o tribus, el tipo de consumo cultural que tengan los jóvenes, la pertenencia a clase/GSE y/o la edad. El consumo de alcohol está presente en variados contextos sociales. Para el segmento estudiado, los contextos de consumo están dados preferentemente en relación a las prácticas enmarcadas en

³ http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/04/2008_Representaciones_Sociales.pdf



el uso del ocio y tiempo libre. Dicho espacio guarda relación directa con el *carrete* juvenil. Sin embargo, este presenta tres contextos que agrupan el total de sus variantes y son pertinentes con categorizaciones relativas al espacio físico: privado (casas, centros de eventos), privado de uso público (pub, bar, discoteque), y espacio público (calle, plazas, otros). Para el caso de la marihuana, el consumo se da en los mismos contextos que el alcohol, pero con la diferencia que en ésta se marca una distinción entre dos tipos de consumidores: los sociales (que sólo consumen en el "carrete" o entre amigos), y los habituales (que prefieren consumo privado, aunque también consumen socialmente).

En este sentido, según los datos de la ficha CLAP, en el control de salud integral de adolescentes, realizada por la Facultad de Medicina de la PUC a solicitud del Programa Nacional de Salud integral de Adolescentes y Jóvenes del MINSAL en julio de 2012, observaron una duplicación de las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco y/o drogas entre los 13 y 14 años, reforzando la necesidad de un control de salud integral periódico de adolescentes y la implementación de programas orientados a la etapa inicial de la adolescencia⁴. Por su parte, en cuanto a la percepción de riesgo en población adolescente según el IX estudio Nacional de Drogas en población escolar de Chile 2011 realizado por SENDA⁵, se observa un aumento en dicha percepción para el consumo de alcohol, a pesar de mantenerse estabilizado el consumo en comparación al estudio anterior del 2009. Lo mismo para el consumo de marihuana, la percepción de riesgo aumenta tanto como el aumento de su consumo. Por otro lado, se observa que la oferta de drogas de marihuana, ha disminuido significativamente comparando los estudios de 2009 y 2011 y la facilidad al acceso se ha mantenido comparando los mismos estudios.

Actualmente, la oferta de tratamiento para la población adolescente desde el servicio público, está supeditada a lo establecido bajo el marco de acción de la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (20.084), la cual establece sanción accesoria de tratamiento de drogas y la posibilidad de que jóvenes con medidas o sanciones, en medio libre o privativo de libertad, puedan acceder voluntariamente a tratamiento, por tanto, la posibilidad de un tratamiento estaba subsumida a la actividad delictiva del adolescente. La posibilidad existente para un menor de 20 años de acceder a tratamiento, es a través del consultorio, al cual debía estar inscrito y una vez evaluado, atenderse a través de un programa inserto en el régimen de garantías del sistema público de salud (AUGE). Sin embargo, la necesidad de especificidad en el tratamiento con población infanto-juvenil es primordial a la hora de esperar procesos exitosos. Según el Ministerio de Salud, las personas que abusan o dependen de alcohol y drogas generan, en forma encubierta, consultas más frecuentes en atención primaria y servicios de urgencia, así como exámenes e interconsultas a otras especialidades, en las que muchas veces no se detecta el problema del consumo y no se efectúa el tratamiento correspondiente⁶. Según una estimación de este mismo documento, de cada 1.000 personas mayores de 12 años, 150 presentan abuso o dependencia de alcohol o drogas y de ellos, sólo 15 demandarán atención, lo que hace primordial aumentar la posibilidad de acceso y de evaluación.

⁴ <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d0aa8da6b5789fc3e040010164013f7e.pdf>

⁵ http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2012/09/2011_Noveno_estudio_escolar.pdf

⁶ <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e6341aec55aae2e04001011f017bae.pdf>



De acuerdo a esto, en la región de Libertador Bernardo O'Higgins, específicamente en la comuna de Rancagua, se encuentran funcionando seis centros de tratamiento, los cuales agrupan tres Programas Ambulatorio Intensivos de carácter mixto y un Programa Ambulatorio Intensivo para mujeres, además de tres Programa Residenciales, todos ellos para varones, según la información de la Red Senda. Asimismo, en la misma comuna se atienden 595 niños, niñas y adolescentes en los diversos Programas de Protección de Derechos de SENAME, información del segundo trimestre de 2013. De este total de niños, niñas y adolescentes, 195 han sido ingresados a las diversas Residencias, 132 a Programas de Protección y 119 a Programas Especializados de Protección, todos ellos de la comuna de Rancagua. Todos estos niños, niñas y adolescentes, requieren recibir una evaluación especializada y la oportuna atención en la eventualidad que presenten consumo problemático de alguna sustancia dañina para su proceso de desarrollo, mejorando su calidad de vida y fortaleciendo el compromiso que tenemos como garantes de sus derechos.



10.- BENEFICIARIOS DEL PROYECTO

POBLACIÓN BENEFICIARIA	GÉNERO	TOTAL ESTIMADO	CARACTERÍSTICAS DE LOS BENEFICIARIOS
Tramo 1 (0 a 11 años)	Varones	4	<p>- Niñas, niños y adolescentes, de ambos sexos con consumo problemático de alcohol y otras drogas;</p> <p>- Derivadas de un programa de protección o salidas alternativas o de Servicios en Beneficio de la Comunidad de SENAME, establecimientos educacionales, de salud, programas comunitarios u otros, incluyendo demanda espontánea;</p> <p>- Que, por su perfil de compromiso biopsicosocial (CBPS) y patrón de consumo, no pueda ingresar a GES ni al Programa de Tratamiento asociado a la Ley 20.084.</p>
	Mujeres	1	
Tramo 2 (12 a 18)	Varones	19	
	Mujeres	6	
TOTAL		30	

11. MARCO CONCEPTUAL.

El consumo de drogas puede ser entendido como un fenómeno multicausal y multifactorial, entendiendo que es el resultado de variables individuales (biológicas y psicológicas), familiares, sociales y culturales. La OMS (1982), plantea que Adicción es un estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, caracterizada por una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio, una tendencia al aumento de la dosis, una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos y por implicar consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad. Por su parte, consumo problemático de drogas es un concepto que intenta explicar operativamente el significado de la adicción. Específicamente en adolescentes, para Arbex (2002), el concepto de consumo problemático dice relación con el consumo que perjudica e interfiere negativamente en el desarrollo personal y social del adolescente, en todas o en algunas de sus áreas, incrementando la vulnerabilidad en su proceso de socialización (Arbex, 2002)⁷.

La literatura sobre el inicio del consumo de drogas destaca que la prueba de dichas sustancias ocurre normalmente durante la adolescencia (Botvin, Baker, Dusembury, Tortu y Botvin, 1990; Botvin y Botvin, 1992; García-Señorán, 1994, en González et al, 1996⁸), como resultado de múltiples experiencias ocurridas desde el nacimiento, y depende de la combinación de múltiples factores. Dentro de los factores asociados al inicio en el consumo, es posible encontrar aquellos que van desde los individuales hasta los familiares (Botvin, 1992 en González et al, 1996), referidos a la *edad* (la edad crítica en el inicio del consumo de drogas es posible situarla entre los 11-12 y los 15-16 años), los *rasgos de personalidad* y el *sexo*. Dentro de los factores sociales, cobran relevancia *la familia, los pares, factores escolares*, factores macro sociales como *los medios de comunicación y los mass media* (González et al, 1996) y por último, los *problemas de integración social*, toda vez que la vulnerabilidad influye en aquellos niños y adolescentes socializados en entornos con múltiples adversidades (Arbex, 2002). El período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996 en Arbex, 2002). Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional sea algo transitorio en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático, va a depender de cómo maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores de riesgo y protección presentes en sus recursos personales y en su realidad social (Arbex, 2002).

En relación al consumo de drogas en niños, es reconocido que el consumo de sustancias en sujetos menores de 10 años, es algo poco frecuente pero existente, y si bien es posible categorizar los tipos de consumo en el caso de niños, la experiencia apunta a que en esta población no existiría un consumo no problemático, resultando más pertinente catalogarlo de consumo problemático o de consumo en alto riesgo (Conace, 2004⁹). Los argumentos que apoyan esta propuesta, aluden a que fisiológicamente se trataría de un cuerpo y un aparato psíquico que está en formación, viéndose todos sus sistemas más afectados por la presencia de sustancias tóxicas que en el adulto. Así mismo, aun cuando el consumo puede tener diferencias, existe consenso en torno a que el sentido que está tras el consumo en la niñez generalmente tiene una raíz asociada a importantes carencias tanto en el ámbito de las necesidades básicas y acceso a servicios, como en el ámbito vincular y de relaciones afectivas. Por su parte la adolescencia, es posible concebirla como un período donde se hacen necesarios un conjunto de ajustes en el individuo para funcionar con respecto a sí mismo y al medio. Según el criterio de Horrocks (1984), se destaca en la evolución de la adolescencia tres subperíodos: temprana, media y tardía. La adolescencia temprana se extendería de los 11 a los 13 años, la adolescencia media de los 14 a los 16 años, y la adolescencia tardía de los 16 y rondando los 20 (Horrocks, 1984 en Arbex, 2002). El conocimiento de la secuencia evolutiva, del ciclo vital y de los factores o funciones evolutivas que impactan favorable o desfavorablemente el desarrollo de un ser humano, son centrales en el momento

⁷ Arbex, C. (2002). Guía de intervención: Menores y consumo de drogas. ADES. Madrid, 2002.

⁸ González, F., García-Señorán, M. y González, S. (1996). Consumo de drogas en la Adolescencia. Psicothema, Vol. 8, nº 2, pp. 257-26.

⁹ CONACE, (2004). Tratamiento y rehabilitación de niños, niñas y adolescentes. Orientaciones técnicas desde una mirada comprensiva evolutiva. Área técnica en tratamiento y rehabilitación. Santiago, 2004.



de intervenir. Desde ahí, se hace necesario un modelo comprensivo que considere las interacciones existentes entre el o la adolescente y su ecosistema, y que mire al adolescente desde la integralidad, abordando sus problemáticas dentro de un conjunto de situaciones (Arbex, 2002). En este sentido, la niñez y la adolescencia son dos etapas que implican vulnerabilidad, pero a la vez una alta plasticidad y un enorme poder de reparación, como lo han demostrado los estudios en neurociencia.

Una de las tareas más importantes de la etapa adolescente, es la definición de la identidad (Erikson, 1972), pero durante la construcción y logro de la misma, el adolescente se ve expuesto a diversos contextos de riesgo u oportunidades en su experiencia vital, resultando en un proceso que acentúa las diferencias más que homologarlas, y con ello, diferentes trayectorias de desarrollo adolescente. En este sentido, si bien los criterios cronológicos y de las tareas evolutivas son de orden práctico, deben ser complementados con aquellos referidos al contexto sociocultural (Duarte, 2001¹⁰). El consumo de drogas no es un "compartimento estanco" dentro de la vida de un adolescente y sus consecuencias responden a un proceso de búsqueda de identidad en el que todo está interrelacionado (Arbex, 2002). Así mismo, es reconocible que en esta edad y en contextos de vulnerabilidad, los usos de drogas no son banales ni gratuitos, sino más bien cargados de razón y sentido (Catalán, 2001¹¹). Se reconoce que el efecto significa una fuga, una anulación del sentir y el pensar que permite evadir una realidad que angustia. El uso de drogas adquiere un sentido transgresor que acerca a la rebeldía: subvierte el sistema de valores y el orden social de los adultos. Pasarla por alto atrae y transgredirla entrega identidad (Ghiardo, 2003¹²). Actualmente, se concuerda que el uso de drogas puede tener una significación común: proteger un yo demasiado frágil enfrentado a sentimientos ansiosos o depresivos demasiado intensos. Esta relación entre consumo de sustancias, ansiedad y depresión puede finalizar en un abuso de sustancias o una dependencia propiamente dicha, mostrando que no es necesario, centrarse únicamente en el producto que se consume, sino que tomar en cuenta otro tipo de manifestaciones (Conace, 2004).

Considerando lo planteado se adscribe a un **modelo de intervención bio- psico- social** que contempla este fenómeno desde una óptica multicausal, incluyendo factores biológicos, psicológicos y sociales. Se sostiene que la vulnerabilidad a la adicción está determinada por una compleja interacción, lo que permite entender mejor el fenómeno, a la vez que posibilita integrar una gama de intervenciones. De este modo, se aspira a la necesidad de observar en perspectiva integral, el consumo de drogas en éstos. La propuesta interventiva también toma en consideración **el interés superior del niño y adolescente**. Ello expresado durante todo el proceso de tratamiento, plasmado en el respeto de todos los derechos y garantías que les son reconocidas en la Constitución, en las leyes, en la Convención sobre los Derechos del Niño y en los demás instrumentos internacionales ratificados por Chile que se encuentran vigentes, lo que se condice de manera directa con la misión Institucional de Fundación Tierra de Esperanza. Se incorpora también la aplicación de un **modelo comprensivo**, que requiere establecer un marco conceptual y metodológico que propenda a reorientar el desarrollo integral del adolescente que ha sido afectado por las condiciones psicosociales negativas. El modelo de intervención comprensivo a su vez reconoce el **proceso evolutivo**, así como la **perspectiva de género** como variables insustituibles en la comprensión e intervención de esta problemática. Para el caso del primero, resulta indispensable considerar las características que surgen de su condición etaria y de ser personas en desarrollo. En este sentido, es importante tener presente el significado de la droga en el proceso de desarrollo. Para el caso de la variable género, la necesidad de incorporarla pretende dar cuenta de la conceptualización de la organización social y cultural donde se inserta el niño y adolescente, ya que ser hombre o ser mujer tiene distintas expresiones según la comunidad de que se trate y según la edad de las personas (Conace 2007), y a esta configuración se asocian características que validan o refuerzan el consumo de drogas tanto en los/las adolescentes como en sus familias, que pueden ser un factor de riesgo para la mantención del consumo. También se considera relevante el **enfoque de competencias** como visión de

¹⁰ Duarte, K. (2001). ¿Juventud o Juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. En adolescencia y Juventud. Análisis de una población postergada. Donas Solum, Editor. Libro Universitario Regional, San José de Costa Rica. 57-74.

¹¹ Catalán, M. (2001). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. Polis, 1 (2), 1- 15.

¹² Ghiardo, F. (2003). Acercándonos al sentido del uso de drogas y la prevención desde los jóvenes. Última Década, 18: 123-151.



que el desarrollo de las personas se basa en sus recursos y no en sus déficits, lo que se traduce en una intervención que busca desarrollar modalidades adaptativas y de resolución de los desafíos del entorno, usando esas capacidades que, a primera vista, no se hacen evidentes y que han sido reprimidas por el entorno adverso. La intervención desde un punto de vista clínico puede ser concebida como un intento de alterar el balance presente en las personas, que oscila desde la vulnerabilidad a la resiliencia. Más que centrarse en las condiciones de riesgo, la resiliencia se preocupa de observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano (Conace 2004). También se incorpora el eje relativo a las **estrategias motivacionales y trabajo comunitario**. Se entiende a la motivación como un proceso fluctuante que requiere ser trabajado con estrategias adecuadas, considerando la importancia del grupo de pares en el funcionamiento sociorrelacional, y por las características cognitivas y afectivas propias de esta etapa (Whirter et al. 2002 en Conace, 2007¹³). La motivación será abordada en un sentido amplio, realizando las intervenciones en el contexto del adolescente y su familia (casa, esquina, sedes sociales, colegios, centros de Sename), y deben estar relacionados con los intereses y necesidades propias de ellos, en el contexto del cumplimiento de sus tareas evolutivas. Más específicamente, el proceso diagnóstico e interventivo de los comportamientos adictivos, debe incluir la dimensión ligada a la motivación, así como la realización de intervenciones motivacionales de acuerdo a las fases de cambio de los usuarios. En este contexto, la Entrevista Motivacional propuesta por Miller y Rollnick (1999¹⁴) resulta central para la propuesta interventiva dada su evidencia. Al respecto, estudios señalan que los adolescentes que abusan de varias drogas permanecen en un tratamiento ambulatorio casi el triple de tiempo y demuestran una disminución considerable en el consumo de sustancias y sus consecuencias después del tratamiento, cuando han recibido una entrevista motivacional al inicio (Aubrey, 1998 en Miller, 1999). Se considera necesario entonces ajustar las características del tratamiento con niños y adolescentes, tanto desde los tiempos, las etapas, los requerimientos, las técnicas, la focalización en el problema y también las estrategias del interventor de manera de promover una mayor adherencia al tratamiento y del cambio en el consumo problemático y sus consecuencias (McWhirter et al, 2002¹⁵). Como otro eje central de intervención, se incorpora el abordaje de la **Prevención de recaídas**, a fin de permitir que el adolescente aprenda a reconocer los signos tempranos de la recaída y desarrollar estrategias de evitación y enfrentamiento que pongan en juego nuevas habilidades o refloten habilidades perdidas, permitir la identificación de pautas de pensamiento y sentimientos que pueden ser precursores del proceso de recaída y la elaboración de estrategias de enfrentamiento para evitarla. Las técnicas a implementar deben adecuarse a las necesidades de NNA y ser accesibles a sus características, tales como el juego como herramienta a la hora de evaluar riesgos de recaídas y discutir modos de enfrentar los mismos de manera eficaz, así como las dramatizaciones de situaciones vividas o por vivir, que permiten ubicar al niño y joven in situ, y tornan evidentes los riesgos y las posibilidades de acción (Conace, 2004). Por último, la **intervención familiar** se incorpora como eje central dado el sustrato en la evidencia acerca de su efectividad para el abordaje del tratamiento de adolescentes con consumo problemático de drogas. La revisión muestra claramente que utilizar la intervención familiar como uno de los componentes de los programas de tratamiento afianza la adherencia de los pacientes y sus familias a los mismos, mejorando además el funcionamiento postratamiento tanto en la disminución del uso de sustancias, como en otras variables de buena evolución (Joanning, 1992 en Girón, Martínez y González, 2002¹⁶). Sobre la base de estos hallazgos, se adopta la incorporación de un foco familiar-contextual como principio de tratamiento, una vez que las conflictivas adolescentes se desarrollan y expresan en este ámbito, entendiendo que la familia constituye el lugar donde se espera que el adolescente resuelva las tareas y necesidades propias de su etapa (Nicholls, 2008)¹⁷.

¹³ CONACE, (2007). Orientaciones Técnicas. Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley. Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. Santiago.

¹⁴ Miller, W., Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas delictivas*. Barcelona, Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, S.A

¹⁵ McWhirter, P., Florenzano, R., Soubllette, M. (2002) *El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas*. Adolesc. Latinoam. v.3 n.2 Porto Alegre nov. 2002

¹⁶ Girón, S., Martínez, J., González, F. (2002). *Drógodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia*. Trastornos Adictivos, 4 (3), 161- 170.

¹⁷ Nicholls, E. (2008). De la reconexión emocional al control conductual: un modelo epigenético de trabajo familiar cuando hay consumo problemático de drogas en adolescentes. *Sistemas Familiares*, 24 (2), 1- 28.



12.- METODOLOGÍA

El tratamiento será otorgado a través de una modalidad denominada Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria, la que considera implementar una intervención para niños, niñas y adolescentes desde moderada a severa complejidad en el consumo de sustancias y, por lo anterior, un abordaje terapéutico de alta intensidad.

La modalidad antes mencionada, está constituida por un conjunto de intervenciones individuales, grupales y familiares en terreno y en el Centro de Tratamiento respectivo, con el usuario y usuaria, su familia y su entorno cercano, dirigido al logro de sus objetivos terapéuticos construidos en conjunto. Esta modalidad por su nivel de complejidad, debe integrarse a la red o redes socio sanitarias correspondientes, de manera de permitir a la persona recibir todas las intervenciones que requiera.

Esta modalidad se debe trabajar básicamente en terreno, donde habitan y se desenvuelven los usuarios y usuarias. Además, mientras mayor sea el compromiso biopsicosocial del niño, niña o adolescente, mayor trabajo en red y coordinación con otras instituciones, que pueden o no estar ya trabajando con ellos (residencias protegidas, equipos especializados o delegados SENAME, entre otros), de manera de contribuir a la solución de aquellos otros problemas que presentan los usuarios y usuarias y de los que un programa de tratamiento por consumo problemático de drogas y alcohol no puede hacerse responsable. Es decir, esta modalidad de tratamiento ambulatoria intensiva comunitaria, proveerá una intervención de tratamiento integral, que será complementaria e integrada a la que realiza el **equipo o red psicosocial**.

La duración del proceso terapéutico para alcanzar los objetivos y metas propuestos, es variable en esta población. En base a la experiencia, se estima una duración de alrededor de 6 meses, cuando el perfil es de menor complejidad y de hasta 24 meses en casos más complejos. No obstante lo anterior, estos plazos son aproximados y no se establecen tiempos exactos para evitar que la intervención se transforme en una meta a lograr en sí misma y deje de lado las necesidades de las personas. Por lo anterior, es muy relevante que los objetivos terapéuticos se evalúen cada tres meses, de manera de corregir la intervención si no se han alcanzado los logros esperados o evaluar la mantención de ellos.

El tiempo que un niño, niña o adolescente demore en establecer un vínculo de confianza con el equipo que pueda llevar a un vínculo terapéutico es variable, por ello el rango de duración de la intervención no puede establecerse a priori.

El Programa implementará una modalidad ambulatoria intensiva comunitaria de moderada a alta complejidad e intensidad para el abordaje terapéutico de los problemas de consumo de sustancias y sus consecuencias asociadas en niños, niñas y adolescentes, complementarias e integradas al trabajo que realiza el equipo o red psicosocial, cuando corresponda.

Principios orientadores del Programa.

Para responder a las necesidades del contexto de los niños, niñas y adolescentes, y que requieren un abordaje a su problemática de consumo de alcohol y drogas, el tipo de intervención en este programa, requiere de considerar los siguientes principios:

- Enfoque desde la globalidad y con perspectiva evolutiva: se refiere a que el trabajo no debe centrarse en la sustancia y debe considerar la etapa del desarrollo en que se encuentra el usuario o usuaria, las tareas del desarrollo que pueden estar pendientes y las que le corresponde alcanzar;



- Trabajo interdisciplinario y biopsicosocial: debido a la complejidad de la problemática, se deben aunar distintas miradas e intervenciones para solucionarla;
- Continuidad de los cuidados: las intervenciones deben durar lo necesario para disminuir al máximo los factores y conductas de riesgo y potenciar al máximo los factores, capacidades y habilidades protectoras de la persona;
- Intervención flexible y dinámica: por las características de la población a atender, la intervención no debe rigidizarse ni plantearse objetivos muy a largo plazo, más bien debe ir renovándose y actualizándose constantemente, siempre manteniendo un propósito claro;
- No etiquetamiento: el estigmatizar bajo un etiquetamiento suele generar las conductas que se esperan de esa etiqueta. Para no caer en ello, lo mejor es no juzgar a la persona, sino la conducta;
- Espera activa: muchas de las conductas a esta edad son provocación o un "poner a prueba"; si se ha sabido esperar y no reaccionar inadecuadamente, probablemente la persona termine confiando;
- Acompañamiento: el profesional tiene un rol de ayudar a ordenar y jerarquizar las prioridades de la persona, pero debe ser de manera sutil, decir su mensaje y mantenerse al margen;
- Normalización del niño, niña y adolescente en su medio: se trata de, en lo posible, no desvincular o revincular lo antes posible a la persona en su medio, utilizando su contexto como recurso, rescatando sus posibilidades y aspectos positivos;
- Efecto preventivo en red: esta población requiere un abordaje integral, mucha coordinación y ser entendido como un usuario de la red, más que de un programa en particular;
- Evaluación periódica de la intervención: por el nivel de presentismo y de fácil desmotivación de esta población, se deben establecer objetivos intermedios a corto plazo y evaluarlos periódicamente en conjunto con los usuarios y usuarias, de manera que vayan notando sus avances y retrocesos;
- Autocuidado de equipo: el trabajo con esta población puede ser muy desgastante, por la que cada programa debería establecer un plan de autocuidado como equipo.

A estos principios, se considera pertinente también incluir:

- La utilización del medio inmediato: entendiendo la importancia de utilizar éste como recurso, siendo crucial la familia, la escuela y el barrio, entre otros.
- Integralidad de la Atención: 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, lo que se encuentra en directa relación con la perspectiva bio- psico- social. Se adscribe a que "es necesario mirar al adolescente desde la globalidad, sin pretender intervenir haciendo foco sólo en el consumo, sino que abordarlo dentro de un paquete más amplio" (Arbex, 2002)¹⁸.

¹⁸ Arbex, C. (2002). Guía de intervención: Menores y consumo de drogas. ADES. Madrid, 2002.

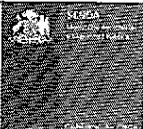


- **Consideración del Vínculo como base de la Alianza Terapéutica.** En la niñez y adolescencia, los vínculos que establecen con otros se vuelven un factor de especial importancia. Hasta la adolescencia, los cambios en las disposiciones de crianza y acontecimientos vitales, tanto positivos como negativos, pueden provocar un cambio en el curso del desarrollo del apego (Bowlby, 1998)¹⁹. Por esta razón, y considerando la estrecha relación observada entre algunos patrones de apego y el desarrollo de psicopatología, la incorporación de este elemento en los tratamientos a NNA permite no sólo el desarrollo de una relación terapéutica favorecedora del éxito del tratamiento, sino que también la incorporación de factores protectores al proceso de desarrollo. La consideración del vínculo terapéutico como uno de los elementos determinantes del éxito del tratamiento, lleva a la incorporación de éste como un aspecto relevante dentro de las intervenciones que se realicen con NNA y sus familias. Esta concepción implica, además del establecimiento de una relación de confianza y aceptación incondicional, la comprensión de los procesos de apego y patrones específicos que cada uno de los sujetos de intervención ha establecido a lo largo de su vida y la acomodación de la instancia terapéutica a éstos.
- **Reparación:** Muchos de los NNA involucrados en la problemática del consumo abusivo de drogas, pueden encontrarse en situación de vulnerabilidad social, ya que se trata de niños y adolescentes cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, dificultades en la crianza, carencias afectivas, materiales, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal y socialización en un mundo donde la droga cumple una función importante en lo trasgresor y marginal. Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades, se asume afectan distintas áreas de su desarrollo y es ahí donde se deben ubicar este enfoque e intervenciones. Así, la resignificación de las experiencias vividas que vulneran sus derechos, contribuirá a superar los daños emocionales, así como también las conductas abusivas y/o adictivas (Ministerio de Salud, 2006)²⁰. En este mismo sentido, es importante entonces evitar las dobles intervenciones de los programas o equipos de salud, evitar la rotación y superposición de intervenciones y profesionales con los cuales tienen que vincularse, evitar la victimización secundaria (específicamente en abuso y/o maltrato asociado al consumo de drogas), y promover que en la toma de decisiones del equipo respecto a la intervención, esté puesto como fin último el cuidar y velar por sus derechos y cuidado como base de los objetivos propios del Programa.
- **Énfasis en los Recursos, Competencias y la Resiliencia:** Desde una comprensión amplia del concepto de motivación, se adscribe a la necesidad de relevar todas aquellas capacidades, intereses y habilidades, desde una observación caleidoscópica. Se refiere a la necesidad de que la intervención enfatice en las capacidades y potencialidades del sujeto, más que en perturbaciones, carencias y déficits. Por eso mismo, las experiencias de logro serán consideradas como centrales en la metodología de trabajo con esta población, especialmente, si se trata de población de NNA en vulnerabilidad social, por cuanto se requerirá como cuestión central, superar la baja autoestima presente, que es producto de carencias, fracasos y estigmatizaciones vividas. Por lo tanto, se requiere de un aporte desde el ámbito sanitario que sea muy abierto a los contextos, para evitar cualquier riesgo de "patologizar" la situación del NNA, lo que añadiría nuevos estigmas y desvalorizaciones (Conace, 2007)²¹.

¹⁹ Bowlby, J. (1998). El apego y la pérdida. Ed. Paidós, Barcelona.

²⁰ Ministerio de Salud, (2006). Norma Técnica para el Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con consumo problemático de Alcohol- Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. Santiago.

²¹ CONACE, (2007). Orientaciones Técnicas. Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley. Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación. Santiago.



- **Comprensión de Prácticas Socioculturales Diversas:** El relativismo cultural sugiere cosmovisiones diversas en la composición de la sociedad. Lo anterior, fija los marcos valorativos y éticos del accionar social y permiten comprender las variadas prácticas socioculturales (con sentido), que rigen la vida de individuos y grupos. En esta dirección, es necesario determinar qué significación tiene para las diversas comunidades, de la cual los beneficiarios de nuestro servicio forman parte, el consumo de drogas. Este acercamiento permitirá indagar información relevante para los tratamientos, los cuales serán heterogéneos en su concepción y desarrollo, facilitando aproximaciones pertinentes.

Intervenciones

El trabajo del equipo tratante estará orientado a otorgar todas las intervenciones necesarias o requeridas para abordar los objetivos y las necesidades y metas de cada persona, de acuerdo al diagnóstico integral.

a.- Diagnóstico Integral: en esta etapa es relevante definir la pertinencia de participación de la persona en el programa. Incluye:

- o **Dimensión ligada al Consumo:** Tipo de sustancia (s) consumida(s), frecuencia actual, continuidad del consumo, socialización del consumo, vía de administración, consecuencias, criterios de dependencia y motivación al cambio;
- o **Dimensión del Compromiso biopsicosocial:** tiempo de consumo problemático, nivel autonomía y autoeficacia, salud física y mental, redes de apoyo primarias (familia y significativos), redes de apoyo secundarias de protección y grado de integración social;

b.- Plan de tratamiento individual: de acuerdo al diagnóstico anterior y en conjunto con el usuario y usuaria se construyen los objetivos de este plan, el que deberá ser integrado al plan de intervención del equipo de psicosocial, cuando este equipo existe, de manera de ir evaluando en conjunto los avances y dificultades que se presenten en el transcurso de cada proceso de recuperación, contribuyendo a aumentar las probabilidades de éxito y logro terapéutico, y la mantención de los mismos a mediano y largo plazo.

c.- Apoyo a la Integración Social: las intervenciones que realice el equipo de tratamiento, en este ámbito necesariamente deben ser un complemento a lo que el equipo de psicosocial, de existir, realiza como conductor del tema y las necesidades de las personas. Siempre cautelando la superposición de acciones y la sobre intervención con las personas.

d.- Trabajo de complementariedad: complementariedad entre equipo de tratamiento y equipo o red psicosocial u otro que se encuentre interviniendo.

Las dimensiones que se abordan

- o Patrón de consumo
- o Estado de salud mental y física
- o Relaciones con personas significativas/ cercanas
- o Situación legal
- o Compromiso biopsicosocial
- o Integración social (particularmente en conjunto con el equipo psicosocial, cuando haya intervención de éste).



Lo anterior, sobre la base de que cuando se trabaja con NNA se debe considerar la multiplicidad y rapidez de los cambios biopsicosociales que ocurren en esta etapa y la necesidad de identificar precozmente los factores y conductas de riesgo. Es por esto que la evaluación debe ser un proceso integral, permanente y transversal al proceso de intervención.

En torno al trabajo con adolescentes en general en el marco de investigación de las prácticas en salud en América Latina y el Caribe, la OPS ha hecho ciertos señalamientos o principios básicos, que deben tener en cuenta los programas dirigidos a intervenir con ellos (OPS, 2002): Los comportamientos juveniles ocurren en un contexto que incluye a la familia del adolescente y su dinámica, al grupo de pares, al vecindario y a las oportunidades sociales potenciales. Mientras más adverso sea el contexto, mayor es la necesidad de un apoyo que les permita sobrevivir y prosperar. Los programas que se enfocan aisladamente en la solución de problemas, por muy serios que éstos sean, no pueden cambiar la vida de los adolescentes, ya que son sólo síntomas y no el problema de fondo. Los programas deben: (1) comenzar en una época temprana de la vida; (2) trabajar con adolescentes por varios años, y (3) considerar sus necesidades y aspiraciones de forma integral y holística, incluyendo a sus familias, grupo de pares y de vecinos. Los programas tienen que promover conductas positivas y ofrecer oportunidades que promuevan la capacidad de participación y autodeterminación. Un componente clave para un programa exitoso es que los adolescentes desarrollen una relación estable (vínculo significativo) con adultos competentes y afectuosos. Esta relación terapéutica afectiva y efectiva es fundamental para: el desarrollo del programa, el uso de las diferentes técnicas de intervención, el establecimiento de la motivación al cambio y la adherencia a tratamiento (Conace, 2004).

Intervenciones terapéuticas.

En términos metodológicos, un miembro del equipo asumirá la función de **coordinador o referente técnico del caso**, que permita orientar las acciones, coordinar las distintas instancias de la red, supervisar el tratamiento y la reinserción familiar, grupal, escolar. Una figura que le permita al adolescente, un enganche vincular diferente y más expedito.

Las prestaciones en salud se complementarán de forma estrecha con actividades de reinserción escolar-social: apoyo psicopedagógico o de terapia ocupacional, donde lo lúdico sea un elemento de motivación; actividades recreativas, en donde se tomen en cuenta intereses individuales: música, corporalidad, movimiento, y fomento de la creatividad, entre otros.

Para fortalecer el trabajo en red, un miembro del equipo asumirá la función de **Gestor de Redes**, a fin de velar por el principio que visualiza a los NNA como parte de un Programa amplio, más que como participante de espacios psicosociales aislados.

Unido a ello, el trabajo comunitario desarrollado por la totalidad del equipo técnico, considera como setting de intervención los establecimientos educacionales, la calle, los espacios poblacionales y los centros de atención psicosocial donde NNA participan, entre otros.

Considerando el ciclo vital de los adolescentes, se incorporarán:

Intervenciones mixtas: entendidas como aquellas que utilizan tanto intervenciones preventivas como terapéuticas en un enfoque integral: consejería individual y familiar, atención médica primaria y preventiva, consejería, intervenciones en casos de crisis, asesoramiento sobre búsqueda de empleo, adiestramiento y colocación, desarrollo de empleos a jornada parcial y durante el verano, actividades recreativas, y referencias a servicios sociales y de salud (Conace, 2004); **Terapia para realzar la motivación:** es un enfoque de terapia que se centra en el adolescente y sirve para iniciar cambios de comportamiento al ayudar al sujeto a resolver su ambivalencia sobre si participar en el tratamiento y parar su uso de drogas. Este enfoque emplea estrategias para producir cambios rápidos y de motivación interna; **Terapia de comportamiento para adolescentes:** incorpora el principio de que se puede



cambiar el comportamiento no deseado mediante una demostración clara del comportamiento que se desea adquirir, conjuntamente con una premiación afín para cada paso adicional que se toma para lograr esta meta. La terapia pretende equipar a la persona para el control del estímulo, que ayuda a los adolescentes a evitar situaciones asociadas con el uso de drogas y a aprender a pasar más tiempo en actividades incompatibles con el uso de drogas; **Terapia familiar para adolescentes**, toda vez que los resultados de investigación para el tratamiento de adolescentes concluye que las terapias basadas en la familia logran más éxito en conseguir comprometer a las familias en los procesos de tratamiento; la adherencia y permanencia al tratamiento es mayor; los abordajes familiares consiguen reducir el nivel de consumo de drogas post-tratamiento; los adolescentes drogodependientes que fueron tratados con intervenciones familiares lograron una mejor reinserción social, y que la terapia familiar consigue mejorar de forma significativa el funcionamiento en la familia de estos adolescentes (Ozechowsky, 2000 en Girón, Martínez y González, 2002); y **Abordaje del desempeño ocupacional**, con énfasis en el desempeño escolar y/o laboral, en el uso del ocio y del tiempo libre y en el autocuidado, entre otros.

Abordaje terapéutico en Sub Grupos.

La experiencia de trabajo con distintos perfiles, indica que no es posible plantear intervenciones universalistas, sino que se requiere necesariamente considerar las especificidades de cada subgrupo (Conace, 2004). Si bien los niños, niñas y adolescentes pueden presentar características similares en muchos aspectos de su desarrollo biopsicosocial, también pueden presentarse importantes diferencias, lo que hará que el desarrollo técnico tome cursos diferentes de acuerdo a las distintas posibilidades que niños y niñas tengan en su vida, lo que a su vez marcarán el estilo de abordaje terapéutico diferenciado. Entre estos sub- grupos se distingue:

1. *Según el nivel de vulnerabilidad:* diferenciando técnicamente a NNA en/de la Calle; Adolescentes en conflicto con la justicia; Adolescentes con consumo de drogas asociado con otro trastorno de salud mental.
2. *Según la consideración de género:* estableciendo un trabajo diferenciado según la concepción de género de los NNA atendidos.
3. *Según el ciclo vital:* estableciendo metodologías de intervención individual y grupal diferenciadas según se trate de niños, o se trate de adolescentes de distintas sub etapas.

Etapas del Proceso.

Sospecha diagnóstica: ésta surge del motivo de consulta, en cuanto a la conducta de riesgo de consumo de alcohol y/o sustancias. Este motivo de consulta, por lo tanto, puede ser sospechado por distintos actores que participan en el proceso: familia, pares, profesor, los mismos adolescentes, equipo de salud, etc. El motivo de consulta que se genera al tener una sospecha puede ser individual, intrafamiliar o extrafamiliar. En casos de poblaciones especiales marcadas por un ambiente de alta vulnerabilidad y marginalidad, en esta etapa se observa necesario un paso previo, que considerase el contexto, técnicas de aproximación específicas, y otros espacios específicos de abordaje (por ejemplo, la calle) y otros tiempos diferentes a los tradicionales.

Los indicadores clínicos de gravedad señalados deben ser interpretados a la luz del conjunto de indicadores y de la evaluación integral del individuo, desde una perspectiva evolutiva.

Esta etapa de sospecha diagnóstica se sugerirá a los equipos derivadores se realice en base a un inventario (POSIT), dirigido a niños y/o adolescentes y padres, y a ciertos signos básicos de sospecha en conocimientos de personas, trabajadores o profesionales que estén en contacto directo con niños, niñas y adolescentes (profesores y otras personas que trabajen en el ámbito educacional, profesionales y técnicos de salud, etc.).

El proceso de sospecha diagnóstica será guiado técnicamente por el Programa, como parte de las acciones de trabajo en coordinación con las instancias derivadoras.

Ante casos de lista de espera, los criterios de ingreso se distribuirán según las siguientes prioridades:

- Menores de 11 años con compromiso biopsicosocial de moderado a severo y con presencia de consumo de drogas.
- Adolescentes con compromiso biopsicosocial de moderado a severo y consumo de moderado y alto riesgo.
- Adolescentes con sintomatología de abstinencia.
- Niños o adolescentes con continuidad de tratamiento.
- Demanda espontánea.

Confirmación Diagnóstica: persigue el confirmar la sospecha de consumo problemático de drogas y realizar la evaluación diagnóstica del compromiso bio- psico- social, con el fin de (i) determinar la necesidad o no de tratamiento y (ii) establecer el dispositivo de tratamiento que más se acomoda a las necesidades clínicas, psicosociales y socioculturales del los NNA y sus familias.

Se comprende como un proceso de evaluación de variables clínicas y psicosociales que considera las siguientes:

a. *Evaluación del Compromiso Biopsicosocial:* Focalizado en las áreas de salud física, salud mental, antecedentes del desarrollo, esfera socio- emocional, situación familiar, reparación, institucionalización previa e integración social.

b. *Evaluación de la Dimensión ligada al Consumo:* Que incluye una evaluación de distintos indicadores de gravedad y en base a los criterios diagnósticos CIE 10.

El proceso de confirmación diagnóstica será realizado tanto en los propios territorios de los NNA, en los Centros de los equipos psicosociales si corresponde y/o en el Centro de tratamiento.

Se estima como plazo máximo de tiempo entre la sospecha y la confirmación diagnóstica finalizada, de 30 días (Conace, 2004).

Diagnóstico Integral: El proceso diagnóstico, tiene como objetivo realizar un diagnóstico clínico integral con pertinencia sociocultural que abarque la esfera bio- psico- social y acorde a los criterios evolutivos de los NNA. Requiere coordinación permanente con el equipo que realice la derivación. Es realizado por la totalidad del equipo profesional, mediante intervenciones individuales a niños y adolescentes, su familia, visitas domiciliarias, exámenes de laboratorio y todos aquellos procedimientos terapéuticos que permitan adentrarse de manera profunda en la situación bio- psico- social del usuario y su familia. Para cada caso, al momento de dar inicio a esta etapa, el equipo designa a un psicólogo como referente técnico durante todo el proceso de tratamiento.



Corresponde a la etapa siguiente a la Confirmación Diagnóstica y se inicia con un trabajo orientado a la acogida, vinculación terapéutica y encuadre. En relación a esto último, se trabaja sobre el conocimiento de las características del Programa de Tratamiento, del proceso en sí, la presentación de los integrantes del equipo, los derechos del usuario, de su familia, las normas que rigen el accionar del Programa y el manejo de la información internamente y al externo. En relación a la confidencialidad, el equipo en este momento también precisa que el resguardo de la información con la familia (o quien se encuentre al cuidado del NNA), cuando se está en frente de situaciones que ponen en riesgo la integridad del niño o adolescente o de otros, no forman parte del contrato terapéutico ni de la confidencialidad a la que tiene derecho todo usuario de un programa de drogas.

Una vez estos aspectos se encuentran trabajados, entonces ello queda plasmado en la firma del *Consentimiento Informado* por parte del NNA y su familia (o quien se encuentre al cuidado del NNA), lo que permite además simbolizar el inicio del proceso propiamente tal.

Una vez el diagnóstico integral sigue su curso, se sostienen intervenciones individuales con los niños y adolescentes, la familia nuclear, extensa o con otros miembros de la familia, delegado o equipo psicosocial u otros significativos de su red de apoyo. De esta manera, se busca corroborar, profundizar y evaluar el compromiso biopsicosocial, la dimensión ligada al consumo y todos aquellos aspectos relevantes de observar para estar en condiciones de generar una propuesta de intervención terapéutica (PTI), co- construida con el usuario y su familia o adulto significativo, adecuado a sus necesidades y recursos. Por lo anterior, se espera que como producto del proceso de diagnóstico integral, se esté en condiciones de contar con el *Plan de Tratamiento Integral*, que guiará la etapa posterior del proceso, relativa al tratamiento propiamente tal.

Se asume el diagnóstico como una instancia de evaluación en la que, al tiempo que se evalúa, también se está interviniendo, transformándose en un proceso dinámico, circular y que no sigue una lógica lineal y que, por lo tanto, debe volverse sobre sus conclusiones durante todo el proceso terapéutico (Conace, 2007).

Tratamiento: Si ya han finalizado las etapas de Confirmación Diagnóstica y de Diagnóstico Integral, se da curso a la etapa de Tratamiento propiamente tal, entendiendo que dichas fases se entrecruzan y más bien constituyen divisiones para efectos de una mayor pertinencia técnica.

Teniendo en cuenta lo anterior, se contextualizan elementos generales relativos a la necesidad de ajustar el tratamiento, a las demandas y necesidades de los usuarios. Por lo tanto, la asignación terapéutica al modelo de intervención, ha de responder a criterios técnicos y de evidencia, huyendo, por tanto, de acciones voluntaristas o guiadas meramente por principios valóricos e ideológicos. En todo momento, se tendrá en cuenta que la acción terapéutica debe efectuarse para maximizar los éxitos y minimizar los fracasos, evitando estos últimos por su efecto negativo en la percepción de autoeficacia de los NNA y de los propios profesionales que los atienden (Catalán, 2001).

En base a lo anterior, es que se levantará una propuesta de tratamiento que comprende acciones de carácter individual y grupal en el Centro y en terreno, tanto con el adolescente como con su familia, al mismo tiempo que un trabajo desarrollado en los propios espacios territoriales de los adolescentes. Es así como se persigue que la organización de los servicios asistenciales necesarios para dar respuesta al tratamiento de los niños y adolescentes, deberá seguir un patrón de implementación en forma gradual, creciente y progresivo (Ministerio de Salud, 2006). De ahí que se levante una oferta intensiva de intervención variada en su gama y objetivos, y acorde a las necesidades del desarrollo los usuarios.



Como parte constitutiva de las acciones correspondientes a las fases de Ingreso, diagnóstico y tratamiento, se desplegarán acciones de "rescate" a fin de evitar abandonos de tratamiento. Este proceso es concebido como el despliegue de acciones específicas para conocer la situación en que se encuentra el NNA y lograr recuperar la asistencia al programa de tratamiento (Ministerio de Salud, 2006). Incluye el contacto telefónico inmediato una vez producida la inasistencia; el trabajo en terreno por parte de los profesionales que sostengan un vínculo terapéutico sólido con el adolescente; el desarrollo de intervenciones motivacionales en un sentido amplio, desplegadas en el territorio; y un trabajo terapéutico con la familia, bajo la premisa que en la medida en que ésta se involucra activamente en el proceso, los niveles de adherencia mejoran sustantivamente. El procedimiento de "rescate" se define como aquellas acciones del equipo, coordinadas por el encargado de caso correspondiente, siempre en coordinación con el o los equipos psicosociales si corresponde, y encaminadas a favorecer la adherencia al programa en aquellos NNA que muestran alguna señal de distanciamiento.

Egreso: La etapa de Egreso, corresponde a la fase que presenta como objetivo general el promover el cierre gradual de los objetivos terapéuticos planteados en el Plan de Tratamiento Individual y que asume distintas formas dependiendo del motivo de egreso del que se trate. Los motivos de egreso, corresponden a las razones por las cuales niños y adolescentes y su familia, se desvinculan del Programa de tratamiento. Por su parte, la evaluación para el proceso de Egreso incluye dimensiones bio- psico- sociales como indicadores del proceso de integración social, que abarcan la Dimensión Individual, la que incluye variables e indicadores relativos a las conductas, habilidades, competencias y actitudes de los NNA, que fueron motivos de intervención según el Plan de Tratamiento; Dimensión Micro - social, la que incluye variables e indicadores relativos a la situación del NNA en su contexto más cercano o inmediato, en especial en los ámbitos familiar, barrial y del grupo de pares; y la Dimensión Meso - social, referida a las variables e indicadores que permiten establecer la posición e inserción del usuario en la realidad social más amplia, incluyendo redes de apoyo institucional.

Seguimiento: El seguimiento constituye una tarea central, sin cual resulta posible dar cierre efectivo al proceso terapéutico emprendido. Es posible de ser comprendido como la fase posterior a la etapa de egreso y se encuentra compuesta por controles y contactos planificados y estructurados, una vez ya se ha producido al egreso desde el Programa.

Considera los niveles individual, familiar y socio comunitario, y es desarrollado a través de estrategias tales como consulta de salud mental individual y/o familiar, visitas de salud mental, consultas psicológicas, consultoría de salud mental y contactos telefónicos.



13.- OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVO GENERAL	
Ofrecer una cercana, oportuna y adecuada intervención terapéutica, a través de una modalidad ambulatoria intensiva comunitaria , que se realice tanto en el centro de tratamiento respectivo, como en el territorio en que viven o se encuentran los usuarios y usuarias, que se asocie a distintos dispositivos psicosociales u otros para cubrir las necesidades de los niños, niñas y adolescentes que excedan el tratamiento de alcohol y drogas y que, además, se centre en su intervención integral. Del mismo modo, los usuarios y usuarias deberán integrarse a la red de tratamiento infantoadolescente existente en su territorio.	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRODUCTOS ESPERADOS
Brindar atención terapéutica a los niños, niñas y adolescentes que presentan problemas de consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias asociadas, tanto para ellos como para sus familias, que estén siendo intervenidos por un equipo psicosocial u otro o que acceden directamente al programa;	Niños, niñas y adolescentes y sus familias, reciben una atención terapéutica integral y coordinada con otros equipos, acorde a sus necesidades clínicas, psicosociales y socio culturales.
Desarrollar, en conjunto con la red o equipo psicosocial, estrategias de problematización del consumo y motivación al cambio para el ingreso y adherencia al tratamiento;	Niños, niñas y adolescentes mantienen adherencia y participación en el proceso terapéutico.
Intervenir en forma ambulatoria en los factores que permiten el inicio y mantención de consumo problemático de alcohol y drogas;	Niños, niñas y adolescentes y sus familias, reciben intervención terapéutica para el desarrollo de habilidades y competencias que inciden en los factores que inician y mantienen el consumo.
Apoyar a la red o los equipos psicosociales que trabajan con estos niños, niñas y adolescentes, en relación al consumo problemático de alcohol y drogas y la expresión de sus consecuencias en su territorio;	Equipos de la red psicosocial participan de instancias de capacitación realizadas por el Programa, en materias relativas a tamizaje, detección precoz y características y abordaje del consumo problemático en niños, niñas y adolescentes.
Integrarse y formar redes con otros programas de tratamiento y rehabilitación públicos y privados, de mayor y menor complejidad e intensidad y con otros organismos de las redes sociales, sanitarias, comunitarias, educativas, psicosociales, etc., cuando se requiera;	Niños, niñas y adolescentes del Programa y sus familias, reciben una atención integral coordinada con la red, y son derivados a otras instancias de intervención clínica y psicosocial de acuerdo a sus necesidades.



Realizar el proceso de egreso del niño, niña o adolescente del programa de tratamiento.	Niños, niñas y adolescentes del Programa son egresados con objetivos orientados a la integración social y luego de procesos de evaluación bio- psico- social.
Llevar a cabo el proceso de seguimiento post- egreso del programa de tratamiento.	Niños, niñas y adolescentes del Programa y sus familias, participan del proceso de seguimiento post- egreso por un período de entre 6 meses a 1 año.

14.- INDICADORES

- 100% de NNA y sus familias, cuentan con un diagnóstico integral como línea base, a los 2 meses de su ingreso.
- 100% de los NNA participan de intervenciones terapéuticas en el Centro o en sus espacios territoriales, en base a lo establecido en su Plan de Tratamiento Integral.
- 100% de referentes familiares cuando están presentes, reciben intervención terapéutica individual y/o grupal.
- 100% de NNA ingresado el Programa, recibe intervenciones terapéuticas motivacionales acordes a su condición etárea, clínica y en base a su CBPS.
- 80% adolescentes mantienen adherencia y participación en el proceso terapéutico.
- 100% de NNA y sus familias, recibe intervención terapéutica individual, grupal y comunitaria, para incidir sobre los factores que permiten el inicio y mantención de consumo.
- 100% de equipos de la red psicosocial de donde los NNA son derivados, son convocados a recibir capacitación en temáticas relativas a tamizaje, detección precoz y/o características del consumo problemático.
- 100% de NNA y sus familias, reciben una intervención terapéutica articulada y coherente con los objetivos de intervención de los equipos psicosociales donde participan, si corresponde.
- 100% de NNA y sus familias, son derivados a instancias de la red clínica y psicosocial de acuerdo a sus necesidades.
- 100% de NNA son egresados en base a una evaluación bio- psico- social periódica y comparativa con su línea base.
- 100% de NNA participa de la fase de seguimiento por un período de entre 6 meses a 1 año²².

²² Plazo establecido en términos técnicos, pero que excede en términos administrativos al presente convenio



15.- ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Actividad Nº 1		Difusión	
Nombre de la Actividad		Derivación a tratamiento	
Descripción y metodología de la Actividad			
Se sostendrán reuniones con la red psicosocial de SENAME (Cread, PIE, PIB, PSA, SBC, entre otros), así como con redes escolares y comunitarias, a fin de dar a conocer el Programa y establecer los protocolos de derivación referidos al Tamizaje y Confirmación Diagnóstica.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuántas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Centros del SENAME, escuelas, Liceos	3 meses	3 veces por semana	6 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Material de Oficina Alimentación Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alarma Material de Aseo			
Equipamiento			
Data show Telón			
Recurso Humano			
Directora Gestor de Redes (Trabajador Social) Psicóloga/o			



Actividad N° 2		Ingresos a Tratamiento	
Nombre de la Actividad		Confirmación Diagnóstica e Ingreso	
Descripción y metodología de la Actividad			
Se desarrollará el proceso de confirmación diagnóstica para hacer efectivo los ingresos a tratamiento, tanto en la sede del Centro de tratamiento, así como en los propios espacios de los niños y adolescentes (Centros de SENAME, barrios, sedes sociales, colegios). Luego de finalizado este proceso, se da curso a la firma del Consentimiento Informado por parte de los niños, niñas y adolescentes y sus adultos responsables.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Centros del SENAME, escuelas, Liceos	11 meses	3 veces por semana	9 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Movilización de los usuarios Material de Oficina Material técnico profesional Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alimentación Alarma Material de Aseo			
Equipamiento			
Mesas Sillas			
Recurso Humano			
Psicóloga/o Trabajador/a Social Médico			



Actividad N° 3	Elaboración Diagnóstico Integral		
Nombre de la Actividad	Diagnóstico Integral		
Descripción y metodología de la Actividad			
Una vez finalizadas las etapas de pre- ingreso e ingreso, se inicia el proceso de diagnóstico integral, realizado por la totalidad del equipo profesional desde las diversas especialidades. Este proceso agrupa el diagnóstico y evaluación para la obtención de la línea base, desde las dimensiones ligadas al consumo de drogas, al compromiso bio-psico- social y a la motivación al cambio. Es desarrollado por medio de diversas estrategias tanto en el Centro como en terreno y en los ejes individual, familiar y socio- comunitario.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	N° TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Centros del SENAME, escuelas, Liceos - Barrios de niños y adolescentes	1 ½ mes por niño o adolescente	2 veces por semana	8 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Material de Oficina Material técnico profesional Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alimentación Alarma Material de Aseo			
Equipamiento			
Mesa Sillas			



Recurso Humano
Directora Psicóloga/o Trabajador/a Social Médico Terapeuta Ocupacional Psicopedagogo Técnicos en Rehabilitación

Actividad N° 4	Complementariedad		
Nombre de la Actividad	Coordinación Intersectorial		
Descripción y metodología de la Actividad			
A fin de atender a las necesidades de los niños y adolescentes desde un enfoque integral, se sostendrán un trabajo intersectorial y en red bajo el principio que entiende al sujeto como un usuario de la red, más que de un programa en particular. Ello implicará reuniones periódicas con centros del SENAME, centros psicosociales, comunitarios, escuelas, liceos y/o centros de salud, a fin de articular un Plan de Tratamiento coordinado y acciones de trabajo complementario para atender a las necesidades de los usuarios en un entramado coherente. Estas acciones se traducen a visitas de salud mental escolar y coordinación educacional, visita de salud mental laboral y consultoría/enlace de salud mental. En definitiva, se persigue utilizar adecuadamente todos los recursos disponibles, evitando la superposición de acciones.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	N° TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Centros del SENAME, escuelas, Liceos, centros de salud	11 meses	2 veces por semana	8 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Material de Oficina Alimentación (galletas, café, té, azúcar, jugo) Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alarma Material de Aseo			



Equipamiento
Mesa Sillas
Recurso Humano
Directora Gestor de Redes (T. Social)

Actividad N° 5	Elaboración Plan de Tratamiento Integral		
Nombre de la Actividad	PTI		
Descripción y metodología de la Actividad			
Una vez finalizado el proceso de diagnóstico integral y sostenidas coordinaciones intersectoriales y en red, se está en condiciones de elaborar el Plan de Tratamiento Integral. Este establece áreas a evaluar, objetivos, estrategias de intervención, indicadores, responsables y plazos de evaluación. En relación a estos últimos, considerando el dinamismo de las etapas del desarrollo de niños y adolescentes, el PTI será evaluado de acuerdo a las necesidades de los usuarios, con un plazo máximo de 3 meses.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento	10 meses	2 veces por semana	8 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Material de Oficina Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alarma Material de Aseo			



Equipamiento
Mesa Sillas
Recurso Humano
Directora Psicóloga/o Trabajador/a Social Médico Terapeuta Ocupacional Psicopedagogo Técnicos en Rehabilitación Talleristas

Actividad N° 6	Adherencia y Trabajo Comunitario		
Nombre de la Actividad	Trabajo Comunitario		
Descripción y metodología de la Actividad			
<p>Considerando que se requiere un fuerte trabajo comunitario en los propios espacios de los niños y adolescentes, se desarrollarán intervenciones en terreno, preferentemente en las casas, esquina, sedes sociales, colegios y centros de SENAME.</p> <p>Las acciones de trabajo comunitario orientadas a favorecer la adherencia de los niños y adolescentes, así como la vinculación, se encontrarán claramente consignadas en el PTI.</p> <p>Dentro de estas acciones se incluyen las de rescate. Este procedimiento de "rescate" se define como aquellas acciones del equipo, coordinadas con el equipo SENAME u otros equipos en los que el niño y adolescente participa, encaminadas a favorecer la adherencia al programa en aquellos jóvenes que muestran alguna señal de distanciamiento.</p>			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Barrios de niños y adolescentes - Colegio, escuelas - Centros del SENAME - Espacios urbanos de la ciudad	11 meses	5 veces por semana	20 horas



RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD

Gastos Operacionales

Movilización de los profesionales
Material de oficina

Equipamiento

Mesa
Sillas

Recurso Humano

Psicóloga/o
Trabajador/a Social
Técnicos en Rehabilitación
Talleristas
Terapeuta Ocupacional



Actividad Nº 7		Intervenciones Terapéuticas Individual y Grupal	
Nombre de la Actividad		Intervención Terapéutica NNA	
Descripción y metodología de la Actividad			
<p>Derivado del PTI, se desplegarán acciones terapéuticas individuales y grupales coherentes con la etapa vital del niño o adolescente, con la dimensión ligada al consumo y considerando su grado de compromiso bio- psico- social.</p> <p>Las intervenciones terapéuticas individuales serán desarrolladas tanto en un setting formal como informal y sus objetivos se ajustan a la etapa de tratamiento del usuario.</p> <p>Las intervenciones grupales se ejecutarán en base a un diseño diferenciado que considera el ciclo vital de los niños y adolescentes atendidos, además de lo recogido desde el diagnóstico integral. Incluye intervenciones psicoterapéuticas de grupo, así como la dimensión recreativa-deportiva, psicoeducativa, ocupacional y artística.</p>			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
<ul style="list-style-type: none">- Sede del Centro de Tratamiento- Barrios de niños y adolescentes- Espacios urbanos de la ciudad	10 meses	5 veces por semana	20 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
<p>Arriendo</p> <p>Movilización de los profesionales</p> <p>Movilización de los usuarios</p> <p>Material de Oficina</p> <p>Material Educativo</p> <p>Telefonía fija y celular</p> <p>Internet</p> <p>Servicios de agua y energía eléctrica</p> <p>Servicio de gas</p> <p>Alimentación</p> <p>Alarma</p> <p>Material de Aseo</p> <p>Material didáctico y de recreación (TV, Mesa de ping- pong, juegos, etc.)</p> <p>Mantenión y reparación</p> <p>Habilitación de espacios</p> <p>Mantenión inmueble</p>			
Equipamiento			
<p>Mesa</p> <p>Sillas</p> <p>Instrumentos musicales</p> <p>Cámara fotográfica</p> <p>Cámara filmadora</p>			



Recurso Humano
Psicóloga/o Psicopedagogo Terapeuta Ocupacional Talleristas Técnicos en Rehabilitación

Actividad N° 8	Intervenciones Terapéutica Familiares		
Nombre de la Actividad	Intervención Terapéutica Familiar		
Descripción y metodología de la Actividad			
<p>Considerando que el desarrollo de niños y adolescentes se da en el núcleo de la familia y que ésta presenta incidencia en el proceso de cambio, se implementarán intervenciones terapéuticas familiares individuales y grupales. Este trabajo terapéutico también se sustenta en la la premisa que en la medida en que ésta se involucra activamente en el proceso, los niveles de adherencia de los usuarios mejoran sustantivamente.</p> <p>Las acciones centrarán su actuación en el asesoramiento e intervención de las familias, así como la derivación a equipos psicosociales y sanitarios cuando éstas lo requieran. Los énfasis técnicos incluirán el soporte terapéutico y el psicoeducativo para abordar necesidades de las propias familias, así como fortalecer en ellas herramientas para la apoyar la prevención de recaídas, la intervención en crisis, entre otras.</p>			
LUGAR	DURACIÓN	FRECUENCIA	Nº TOTAL DE HORAS
espacio físico en que se va a desarrollar	en semanas o meses	cuantas veces al día/semana/mes	dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Barrios de niños y adolescentes	10 meses	5 veces por semana	15 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Movilización de los usuarios Material de Oficina Material Educativo Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas			



Alimentación Alarma Material de Aseo Mantenimiento y reparación Habilitación de espacios Mantenimiento inmueble
Equipamiento
Mesas Sillas
Recurso Humano
Psicóloga/o Trabajador/a Social Médico

Actividad N° 9	Coordinación Intersectorial		
Nombre de la Actividad	Derivación Asistida		
Descripción y metodología de la Actividad			
<p>El trabajo intersectorial y en red incluirá también la complementariedad de acciones con centros de salud secundaria o terciaria a fin de responder a necesidades clínicas que no puedan ser abordadas desde el PAIC. Dentro de ello se incluye atenciones ante casos intoxicación aguda, descompensación psiquiátrica que requiera hospitalización y/o estancamientos sostenidos del adolescente y su familia, que no sean posibles de ser acogidos desde la modalidad ambulatoria.</p> <p>Para ello se sostendrán reuniones con los centros de salud, para luego dar curso a la realización de la derivación asistida otro centro de tratamiento de adicciones o salud mental, capaz de responder a las necesidades del adolescente y su familia.</p>			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Centros de Salud	8 meses	2 veces por semana	4 horas



RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD
Gastos Operacionales
Arriendo Material de oficina Movilización de los profesionales Movilización de los usuarios Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Alarma Material de Aseo
Equipamiento
Mesa Sillas
Recurso Humano
Directora Psicólogo/a Gestor de Redes (T. Social) Médico

Actividad Nº 10	Integración Social y Egreso
Nombre de la Actividad	Egreso
Descripción y metodología de la Actividad	
<p>Aun cuando el proceso de integración social constituye un elemento transversal desde el ingreso del niño o adolescente, éste será reforzado a partir de los avances consignados en los procesos de evaluación. A partir de esto, se desplegarán actividades de desarrollo de competencias para fortalecer la integración social de los usuarios, incluyendo un fuerte trabajo a nivel familiar.</p> <p>En base a la evaluación de dimensiones bio- psico- sociales como indicadores del proceso de integración social y de dimensiones individuales, micro sociales y meso sociales, se determinará el egreso de los niños y adolescentes, incluyendo la derivación a centros psicosociales, escolares, culturales o sanitarios si corresponde.</p>	



LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Barrios de niños y adolescentes - Espacios urbanos de la ciudad	6 meses	5 veces por semana	5 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Movilización de los usuarios Material de Oficina Material Educativo Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alimentación Alarma Material de Aseo			
Equipamiento			
Mesa Sillas			
Recurso Humano			
Psicóloga/o Terapeuta Ocupacional Psicopedagogo Trabajador/a Social			



Actividad N° 11		Cuidado de Equipo	
Nombre de la Actividad		Cuidado de Equipo	
Descripción y metodología de la Actividad			
Se reconoce que el trabajo se desarrolla en un contexto de alta complejidad, que pone en riesgo al equipo al desgaste profesional individual y colectivo. En este contexto, Fundación Tierra de Esperanza parte de la premisa acerca de la importancia de asignar una alta valoración al capital humano, la que se debe traducir en una genuina preocupación por el autocuidado de las personas, en pos de prevenir y enfrentar el desgaste profesional. De esta manera, se valora la importancia que, desde la Fundación, se persiga el potenciar las capacidades individuales por medio de una dirección organizacional que se responsabiliza de la salud mental del grupo laboral, sobre la base también que desde el trabajador se reconozca el autocuidado como una tarea central. Dentro de ello, se resalta el valor otorgado a la importancia de compartir con los pares la carga emocional resultante del trabajo; a poner en práctica actividades que permitan su distensión y recreación; a conservar una actitud tendiente al aprendizaje continuo y a la capacitación formal; a desarrollar estrategias de comunicación asertiva; a implementar las estrategias de intervención, supervisando el autocuidado físico y emocional del profesional, y al soporte que entrega el ejercicio interdisciplinario, entre otros. Para la dirección de este propósito, la Institución cuenta con un área que orienta las acciones, objetivos y programas a ejecutar en esta línea.			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuántas veces al día/semana/mes	Nº TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Espacios urbanos de la ciudad	10	1 vez por mes	8 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Material de Oficina Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica Servicio de gas Alimentación Alarma Material de Aseo			
Equipamiento			
Mesa Sillas Data Telón			



Recurso Humano

Directora
Psicóloga/o
Trabajador/a Social
Médico
Terapeuta Ocupacional
Psicopedagogo
Técnicos en Rehabilitación
Talleristas
Profesional institucional externo (si se requiere)

Actividad N° 12		Supervisión	
Nombre de la Actividad		Supervisión Clínica	
Descripción y metodología de la Actividad			
<p>La supervisión es una actividad asumida por la Fundación a realizar con el propósito de verificar el cumplimiento de los estándares específicos de los programas de tratamiento y rehabilitación. Desde esta perspectiva la supervisión se focaliza en orientar, determinar los resultados a obtener, organizar los recursos, orientar sobre los métodos a utilizar, enfatizar plazos y/o prioridades y facilitar la resolución de problemas del equipo para la ejecución de las diferentes tareas y procesos en las etapas de tratamiento. Por otra parte, los equipos de tratamiento requieren analizar sus prácticas y contar con espacios de reflexión con profesionales expertos en el tema de adicciones, que les pueda asesorar en el manejo de casos complejos, así como aportar a su formación, mejorar sus prácticas y fortalecer sus competencias. Para el cumplimiento de ello, Fundación Tierra de Esperanza cuenta con una estructura organizacional en la Línea de Tratamiento, que implicará la supervisión de una coordinadora técnica y/o una supervisora clínica como parte del staff del área técnica institucional.</p>			
LUGAR espacio físico en que se va a desarrollar	DURACIÓN en semanas o meses	FRECUENCIA cuantas veces al día/semana/mes	N° TOTAL DE HORAS dedicadas a la actividad
- Sede del Centro de Tratamiento - Sede de D. Nacional de Fundación Tierra de Esperanza	12	1 vez por mes	8 horas
RECURSOS DESTINADOS A LA ACTIVIDAD			
Gastos Operacionales			
Arriendo Movilización de los profesionales Material de Oficina Telefonía fija y celular Internet Servicios de agua y energía eléctrica			



Servicio de gas Alarma Material de Aseo
Equipamiento
Mesa Sillas Data Telón
Recurso Humano
Directora Psicóloga/o Trabajador/a Social Médico Terapeuta Ocupacional Psicopedagogo Técnicos en Rehabilitación Talleristas Coordinadora Técnica y/o Supervisora Clínica de TdE



Nº	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10	MES 11	MES 12
1	Derivación a Tratamiento	X	X	X	X	X	X	X					
2	Confirmación Diagnóstica e Ingreso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Diagnóstico Integral			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	Coordinación Intersectorial	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	PTI			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	Trabajo Comunitario			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	Intervención Terapéutica NNA			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	Intervención Terapéutica Familiar			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	Derivación Asistida					X	X	X	X	X	X	X	X
10	Egreso									X	X	X	X
11	Cuidado de Equipo			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	Supervisión Clínica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

17.- DURACIÓN DEL PROYECTO

DURACIÓN DEL PROYECTO EN MESES:	Doce meses
---------------------------------	------------



18.- EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Las áreas consideradas para evaluar los logros del Programa serán:

Cobertura.

- N° personas ingresadas al programa
- N° personas egresadas por alta terapéutica
- N° personas egresadas por abandono del programa

Conformación de equipo

- Tipo de profesionales y técnicos
- Roles y funciones
- Horas semanales asignadas al programa
- Competencias y habilidades

Trabajo complementario e integrado con equipos de apoyo psicosocial: como una de las condiciones fundamentales para el éxito del programa

- Objetivo y resultados del trabajo conjunto
- Frecuencia de reuniones y otros contactos
- Integrantes que participen
- Facilitadores y obstaculizadores

Resultado del tratamiento

- Patrón consumo de sustancias
- Revinculación social/familiar
- Situación de salud mental y física
- Situación legal
- Situación integración social.



Las diversas razones por las cuales un sujeto de atención se desvincula de un programa de Tratamiento y los criterios que las determinan y justifican serán agrupados de la siguiente manera:

Alta Terapéutica: Término del proceso terapéutico, de acuerdo a lo planificado y a la evaluación del equipo de tratamiento. Se consolida una vez logrados los objetivos terapéuticos del PTI. En este sentido, los principales criterios son: 1.- Patrón de Consumo (problematización, consumo no problemático o abstinencia, manejo de recaída y un estadio motivacional de Mantención); 2.- Familia (Identificación de referente de apoyo como pilar para el egreso y la autonomía; Apoyo en el manejo de Estrategias de recaídas; Fortalecimiento en las relaciones familiares; Resolución no violenta de los conflictos; (Re)significación de la historia vital; Desarrollo de habilidades interaccionales); 3.- Relaciones con pares (Asociación a pares sin consumo; Identificación de pares de Riesgo); 4.- Redes de Apoyo (Identificar y ampliar red de apoyo intra-familiar y en instancias formales e informales); 5.- Salud Física y mental (Mejoramiento de las condiciones físicas generales; Implementación de hábitos de auto cuidado e higiene; Cumplimiento de Tratamiento Farmacológico; Sexualidad Responsable; Identificación de ITS; Métodos de auto cuidado; Estabilidad emocional; Auto concepto positivo y sentido de auto eficacia; Internalización de normas y límites; Control de Impulsos; Capacidad en la toma de decisiones; Internalización de resolución de conflictos no violento; Concepto adecuado de autoimagen y autocuidado (acorde a su edad); Idea base o general para un proyecto vital; 6.- Integración social (Reinserción escolar y/o Reinserción laboral y/o Ingreso a capacitaciones; Identificación de Red de apoyo socio-comunitaria); 7.- Justicia (Adscripción a normas jurídicas y legales;

Alta Administrativa: Se utiliza cuando el alta no es dada por criterios clínicos, sino administrativos. Se relaciona con el no cumplimiento del contrato terapéutico. Es decir, cuando en reiteradas ocasiones no se cumple con las normas del Programa, las cuales aceptaron al momento del ingreso y se incluyen además en sus contratos terapéuticos, lo anterior, a pesar de los reencuadres realizados (corresponde a faltas graves). Incumplimiento sostenido del plan de intervención. Transgresión grave de las normas del centro ejemplo: robos, daños a las dependencias del programa, violencia de los jóvenes y/o familia contra los profesionales del centro. Para llegar a esta Alta Administrativa, deberá existir en la ficha clínica del Adolescente al menos 3 registros de haber sido orientado en cuanto a faltas dentro del programa, y de haber sido informado (junto a su familia si está contactada) de que podría ser egresado de esta forma.

Derivación a otro centro de tratamiento: correspondiente a la necesidad de derivación a un dispositivo de mayor complejidad o especificidad, luego de no alcanzarse los objetivos establecidos en el Plan de Tratamiento desde la modalidad PAI. Con ello se busca la derivación a un centro que acoja la complejidad de su problemática. Al ser la continuación de un tratamiento, la derivación debe tener un carácter asistido, lo que hace necesarias las gestiones y un acompañamiento suficiente del caso en la derivación al centro que corresponda. Se encuentra relacionada a esta modalidad de egreso, la Derivación a otra instancia de salud, donde el criterio único refiere a la resolución de un problema de salud de mayor prioridad que el propio tratamiento.

Abandono del proceso de tratamiento: Se determinará esta forma de egreso confirmada la inasistencia definitiva y/o la pérdida de contacto del adolescente en proceso de tratamiento y de su familia, con el programa de tratamiento, por un tiempo igual o mayor a un mes. Esta modalidad de egreso, requiere el cumplimiento de acciones de rescate sin resultados (durante un mes), o sin la posibilidad de contacto ni con el NNA y/o su familia.



Todas las modalidades de egreso, exigen desde la intervención del Programa una evaluación del proceso, en base a los siguientes criterios:

Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planificados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por una consolidación en el propósito de mantener un cambio hacia un estilo de vida sano. La impresión del equipo es compartida por la persona y su familia.

Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requerirá de un período de apoyo para la integración social satisfactoria. Se aprecia una débil o ambivalente disposición a mantener un cambio del estilo de vida. La impresión del equipo es compartida, en cierta medida, por la persona y familia. Requiere un proceso de seguimiento y de complementariedad más profundo con los equipos con los que aún mantiene relación, con el objeto de evitar aumentar riesgos de mayor complejidad.

Logro mínimo: alcance mínimo o muy inferior a lo esperado de los objetivos planificados. Se mantienen sin modificación algunas variables personales y de contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Débil o nula disposición al cambio de estilo de vida. La impresión del equipo es compartida por familia, pero no totalmente por la persona. En este sentido, requiere de la necesaria psicoeducación con la persona y su familia, referente a los riesgos esperados ante el escaso nivel de cambio.

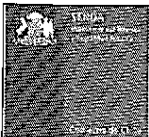
Resultado del tratamiento.

Los resultados serán medidos a partir de dos grandes dimensiones a evaluar; el primero de ellos remite al Compromiso Biopsicosocial, con todas las dimensiones que éste abarca y el segundo el patrón de consumo. Ambos se detallan a continuación:



COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL:

Eje	Área	Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación
Salud Física y Mental	Salud Física General	NNA con estado nutricional normal. NNA con un claro mejoramiento de molestias o patologías físicas diagnosticadas a su ingreso al Programa.	1-Relación Peso/talla (Índice de Masa Corporal). 2-Variables de control médico (como Presión Arterial por ejemplo) definidas por el médico como necesarias de controlar por patologías físicas presentes o riesgo de las mismas, según diagnóstico inicial.	1-Evaluaciones médicas durante tratamiento. 2-Evaluaciones médicas y Resultados de exámenes médicos y de laboratorio durante tratamiento.
Salud Física y Mental	Salud Mental	NNA con claro mejoramiento de dificultades emocionales y/o trastornos psiquiátricos.	1-Indicadores clínicos en Test de evaluación de Personalidad para NNA. 2-Funcionamiento del NNA en el Programa, capacidad de control emocional, impulsos, de acuerdo a criterios evolutivos. 3-En caso de presencia de co-morbilidad (confirmada por Médico del Equipo), compensación terapéutica de ella.	1-Resultados en aplicación de Test Psicodiagnósticos. 2-Evaluaciones de Profesionales del Equipo. Psicólogo, Psiquiatra. 3-Confirmación por parte del equipo de seguimiento de indicaciones médicas por parte del usuario (intervenciones prescritas en general, farmacoterapia si corresponde). -Evaluación Psiquiátrica que confirme la situación del NNA en este aspecto (compensación de la patología).



Eje	Área	Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación
Salud Física y Mental	Salud sexual y reproductiva	NNA con prácticas de autocuidado y protección en su actividad sexual Salud sexual y reproductiva acorde a su etapa evolutiva.	1-Joven con conocimientos concretos y prácticos respecto de los principales riesgos y de las principales conductas de autocuidado en la actividad sexual (como principales ETS, particularidades de SIDA, su detección y prevención, uso de preservativo, entre otros) Prestaciones psicoeducativas individuales y grupales en la temática de salud sexual y reproductiva. 2-Indicadores de preocupaciones expresadas en Test de evaluación de Personalidad para NNA.	1-Confirmación de asistencia y participación en las actividades de Psicoeducación sobre Sexualidad. -Confirmación por parte del Profesional Encargado del Caso, respecto al nivel de conocimientos y comprensión de las prácticas saludables en la vida sexual, por parte del joven. -Registro de Intervenciones psicoeducativas en la temática de salud sexual y reproductiva. N° de prestaciones de este. -Evaluaciones médicas y exámenes de laboratorio relativos a ETS.



Eje	Área	Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación
Desarrollo Socioemocional	Capacidad relacional y adaptativa	El NNA se adapta adecuadamente a los contextos estructurados a los que se enfrenta. NNA con adecuada capacidad de autocontrol, autonomía e independencia acorde a su etapa evolutiva.	1-Funcionamiento del NNA en el Programa, relaciones interpersonales con los profesionales y con los demás niños y adolescentes. 2-Desempeño del NNA en actividades fuera del programa, integrado a iniciativas locales, recreativas, o de otro tipo.	1- Evaluaciones de Profesionales del equipo, especialmente Psicológicas y Psiquiátricas. 2-Evaluaciones en visitas a terreno del nivel de integración y participación del NNA en iniciativas, instituciones, ya sean contactadas con apoyo del Programa de Tratamiento, como por otros medios.
Familia	Figura vincular o protectora	En el caso de contar con Familia, y que esta pueda ser de apoyo en un sentido prosocial: El NNA identifica, se vincula y/o fortalece lazos con al menos una figura con capacidades de ejercer rol afectivo, orientador y de control.	1-Nivel de participación y vinculación de la familia en el Proceso Terapéutico del NNA. 2-La persona (o las personas) de la familia que asiste a las actividades familiares del Programa, se visualiza con capacidades para vincularse y apoyar el proceso del NNA.	1-Resultados Aplicación de Test Psicodiagnóstico. 2-Familia asiste y participa en actividades familiares del Programa de Tratamiento. -Evaluación Familiar realizada por equipo, principalmente Trabajador Social. 3- Evaluaciones del Equipo respecto del funcionamiento familiar, y sobre las capacidades vinculares y protectoras de los familiares en concreto.
Familia	Dinámica familiar	Si es que se han detectado dificultades en Dinámica Familiar, el NNA las identifica y asume un rol activo en el mejoramiento y/o solución de las mismas. Familia participa en intervenciones focalizadas en mejorar aquellos elementos dinámicos que potencian el proceso terapéutico del NNA.	1-Participación de referentes familiares en intervenciones psicoeducativas individuales y/o grupales. 2-Cambios en comportamiento positivos de la familia, en relación con el adolescente y en su relación intrafamiliar en general. 3-Nivel de avance en Objetivos propuestos en ámbito familiar en el proceso de acuerdo a PTI.	1-Evaluación de asistencia y participación a actividades de intervención familiar. 2-Evaluaciones de los avances en las intervenciones con la familia, del equipo en general, del Trabajador Social en particular. Registro del proceso de intervención familiar 3-Evaluación de los objetivos del eje familiar del PTI.



Eje	Área	Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación
Reparación	Necesidad de reparación	El NNA desarrolla competencias en el campo de la autoeficacia, autoestima, autovaloración, etc., logrando una resolución adecuada de los conflictos internos, producto de situaciones de vulneración (lo anterior detectado según diagnóstico integral realizado).	1- Desempeño de pruebas de personalidad y proyectivas. 2-Avances en metas establecidas en Psicoterapia Individual, relativas a estos aspectos diagnosticados. 3-Desempeño de actividades como organizador, despliegue de las capacidades del adolescente en actividades del programa. 4-Capacidad de vinculación con el adulto.	1-Resultados en aplicación de MACI semestralmente. 2-Evaluaciones de Psicólogo y de Profesional encargado del caso, respecto de los temas específicos relativos a reparación diagnosticados. 3-Evaluación del comportamiento general del NNA en el programa, destacando su capacidad de desplegar sus capacidades (de diversos tipos) y superar sus dificultades iniciales. -Registro del Proceso psicoterapéutico. Registro de prestaciones psicoeducativas individuales y grupales. Participación en general en las actividades. Nº de prestaciones.
Integración Social	Conducta disocial o desadaptada (Individual, Microsocial y Mesosocial)	NNA integrado a actividades grupales prosociales estructuradas e informales. Joven logra armonizar tiempos de labores con los de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo sano.	1-Rutina ocupacional dentro y fuera del centro post-ingreso a tratamiento. 2-Participación en actividades estructuradas prosociales (escuela, CFT, club deportivo y otros).	1-Evaluaciones de cumplimiento de rutina ocupacional dentro y fuera del centro. 2-Evaluación, Registro o reporte de asistencia a actividades estructuradas prosociales (escuela, Centro de Formación Técnica, club deportivo y otros).



PATRÓN DE CONSUMO

Resultado esperado	Indicador	Medio de Verificación
Reducción considerable de la frecuencia del consumo inicial o Abstinencia total del consumo.	Frecuencia de consumo en matriz de Patrón de consumo	Anamnesis toxicológica Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses.
Eliminación del policonsumo, como etapa previa a la abstinencia o al consumo no problemático.	Sustancia(s) o droga(s) consumida(s) en matriz de Patrón de consumo	Anamnesis toxicológica Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses.
Disminución de las conductas de riesgo derivadas del consumo	Consecuencias de la intensidad del consumo en matriz de Patrón de consumo	Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses.
Reducción de la sintomatología física y psicológica del consumo de sustancia	Criterios de dependencia (CIE 10) en matriz de Patrón de consumo	Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses.
Eliminación o disminución considerable de los episodios de consumo en solitario, como etapa previa a la abstinencia o consumo no problemático	Consumo socializado en matriz de Patrón de consumo	Anamnesis toxicológica Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses.
Disminución en la motivación al consumo, en favor de un mejoramiento en el proceso de motivación al cambio	Motivación al consumo en matriz de Patrón de consumo Motivación al cambio en matriz de Patrón de consumo	Protocolo de evaluación de modificación en Patrón de Consumo, aplicado al menos cada 3 meses. Test URICA en adolescentes medios y tardíos/ Entrevista de Evaluación de Motivación al Cambio



19.- CURRÍCULO INSTITUCIONAL

1. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

NOMBRE	Fundación Tierra de Esperanza
DIRECCIÓN	Exeter 540-D, Concepción.
TELÉFONO-FAX	41 -2106850
E-MAIL	contacto@tdesperanza.cl
NÚMERO PERSONALIDAD JURÍDICA	262
NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Hipólito Cáceres Barly
RUT REPRESENTANTE LEGAL	7.008.153-9

2. IDENTIFICACIÓN DE LA CONTRAPARTE INSTITUCIONAL PARA SENDA

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE	Hipólito Cáceres Barly
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN	Director Ejecutivo Fundación Tierra de Esperanza
TELÉFONO	41 -2106850
E-MAIL	hipolito.caceres@tdesperanza.cl

3. EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y/O REINSERCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL²³

PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Kausana. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para jóvenes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). Los beneficiarios además presentan otros trastornos de salud mental, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo, sancionados según la Ley 20.084.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha/ Lugar de ejecución: Antofagasta. Región de Antofagasta.
COBERTURA	36 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda

²³ Repetir recuadro tantas veces como sea necesario



PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Kausana. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para jóvenes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). Los beneficiarios además presentan otros trastornos de salud mental, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo, sancionados según la Ley 20.084 en el sistema privativo de libertad, cumpliendo su sanción en la Sección Juvenil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de Antofagasta, de la región del Antofagasta, y están con o sin sanción accesoria de drogas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Antofagasta. Región de Antofagasta.
COBERTURA	45 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Eleccionarte - Chañaral. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2011 a la fecha. Chañaral, Región de Atacama.
COBERTURA	15 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Kausana - Copiapó, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC).El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Copiapó, Región de Atacama
COBERTURA	22 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Ágora-Limache, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Limache, Región de Valparaíso
COBERTURA	30 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora-Valparaíso. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2011 a la fecha. Valparaíso, Región de Valparaíso
COBERTURA	18 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora San Miguel. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. San Miguel, Región Metropolitana
COBERTURA	15 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Quilicura. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha . Quilicura, Región Metropolitana.
COBERTURA	19 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Santiago Poniente. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Santiago, Región Metropolitana.
COBERTURA	16 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Maipú. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Maipú, Región Metropolitana.
COBERTURA	19 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Agora Maipú Esperanza. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Maipú, Región Metropolitana
COBERTURA	15 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Colina. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2011 a la fecha. Colina, Región Metropolitana
COBERTURA	19 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Santiago Centro. Plan Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Santiago, Región Metropolitana
COBERTURA	17 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Ágora Santiago. Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Santiago, Región Metropolitana
COBERTURA	23 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Ágora San Joaquín, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de San Joaquín, Región Metropolitana
COBERTURA	68 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Peñalolén, Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de Peñalolén, Región Metropolitana
COBERTURA	17 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Agora San Bernardo, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC).El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana
COBERTURA	60 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora La Florida, Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Comuna de San Bernardo, Región Metropolitana
COBERTURA	15 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	Proyecto o Programa: PAI MP Ágora Til Til, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC).El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Comuna de Til Til, Región Metropolitana
COBERTURA	45
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Pudahuel. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2013. Pudahuel, Región Metropolitana
COBERTURA	32
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Ágora Rancagua. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Rancagua, Región de O´Higgins.
COBERTURA	30 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML CreSer Concepción, Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, , derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de Concepción, Región del Biobío
COBERTURA	34 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI SJ CreSer Andalién. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para jóvenes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Los beneficiarios además presentan otros trastornos de salud mental, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo, sancionados según la Ley 20.084 en el sistema privativo de libertad, cumpliendo su sanción en la Sección Juvenil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de El Manzano, de la región del Biobío, y están con o sin sanción accesoria de drogas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 - 2013. Comuna de Concepción, Región del Biobío
COBERTURA	13 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP CreSer Biobío. Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de Coronel, Región del Biobío.
COBERTURA	53 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI SJ Newenche Temuco, Plan Ambulatorio Intensivo Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral de jóvenes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Los beneficiarios son jóvenes que presentan consumo perjudicial y/o dependencia al alcohol- drogas u otros trastornos de salud mental, con compromisos biopsicosocial de moderado a severo, sancionados según la Ley 20.084 en el sistema privativo de libertad, cumpliendo su sanción en la Sección Juvenil del Centro de Cumplimiento Penitenciario de la región de la Araucanía, y están con o sin sanción accesoria de drogas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2010 a la fecha. Comuna de Temuco, Región de la Araucanía
COBERTURA	18 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Newenche Chol Chol, Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2007 a la fecha. Comuna de Chol-Chol, Región de la Araucanía.
COBERTURA	55 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Newenche Valdivia. Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, , derivados desde Sector Justicia, Sistema Público de Salud e Ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Valdivia, Región de los Ríos.
COBERTURA	26 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Newenche Las Gaviotas. Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Valdivia, Región de los Ríos.
COBERTURA	26 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	PAI ML Newenche Osorno.Plan Ambulatorio Intensivo en Medio Libre de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Adolescentes con una edad mínima de 14 años, con presencia de uso problemático o abuso de sustancias legales y/o ilegales, infractores de ley con compromiso biopsicosocial severo y problemas de salud mental asociados de leve o mediana complejidad, derivados del Servicio Nacional de Menores, sector justicia, sistema público de salud e ingreso voluntario.
AÑO DE EJECUCIÓN	2010 a la fecha .Comuna de Osorno, Región de Los Lagos.
COBERTURA	25 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	PAI MP Newenche Puerto Montt. Plan Intensivo en Medio Privativo de Libertad de tratamiento integral para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas, en el Centro de Internación Provisoria y Centro de Reclusión Cerrada (CIP-CRC). El objetivo del programa es facilitar el acceso a una rehabilitación integral a jóvenes infractores de ley a fin de promover la abstinencia o modificación del consumo y la disminución de la reincidencia del delito.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 a la fecha. Puerto Montt, Región de los Lagos.
COBERTURA	23 mensuales
FINANCIAMIENTO	Senda
PROYECTO O PROGRAMA	TOP Estudio de validación de un instrumento de monitoreo de resultado de tratamiento de consumos de sustancias psicoactivas para 529 usuarios de los centros de tratamiento de drogas de las regiones de Valparaíso, Metropolitana y O´Higgins.
AÑO DE EJECUCIÓN	2012 -2013. Región Metropolitana, de Valparaíso y O´Higgins.
COBERTURA	529
FINANCIAMIENTO	Senda



PROYECTO O PROGRAMA	Vida Nueva – Nuevo Horizonte Pudahuel, programa que busca contribuir a la interrupción y/o disminución del consumo problemático de drogas y alcohol en niños, niñas y adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada 24 horas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2010 a la fecha. Comuna de Pudahuel, Región Metropolitana
COBERTURA	50 mensuales
FINANCIAMIENTO	SENAME
PROYECTO O PROGRAMA	Vida Nueva – Nuevo Horizonte Lo Espejo, programa que busca contribuir a la interrupción y/o disminución del consumo problemático de drogas y alcohol en niños, niñas y adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada 24 horas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2010 a la fecha. Comuna de Lo Espejo, Región Metropolitana
COBERTURA	50 mensuales
FINANCIAMIENTO	SENAME
PROYECTO O PROGRAMA	Proyecto o Programa: Vida Nueva – Nuevo Horizonte La Florida, programa que busca contribuir a la interrupción y/o disminución del consumo problemático de drogas y alcohol en niños, niñas y adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada 24 horas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2010 a la fecha. Comuna de la Florida, Región Metropolitana
COBERTURA	50 mensuales
FINANCIAMIENTO	SENAME
PROYECTO O PROGRAMA	Vida Nueva – Nuevo Horizonte Recoleta, programa que busca contribuir a la interrupción y/o disminución del consumo problemático de drogas y alcohol en niños, niñas y adolescentes provenientes del Programa de Seguridad Integrada 24 horas.
AÑO DE EJECUCIÓN	2013 a la fecha. Comuna de Recoleta, Región Metropolitana
COBERTURA	50
FINANCIAMIENTO	SENAME

20.- CURRÍCULO VITAE RECURSO HUMANO

NOMBRE	Pamela Andrea Salfatte Covarrubias
EDAD	39 años
RUT	12.517.945-2
DOMICILIO	Unión Obrera Nº 535, Población Rubio, Rancagua
PROFESIÓN / OFICIO	Asistente Social
TELÉFONO	62076529
E-MAIL	pamela.salfate@tdesperanza.cl

ESTUDIOS BÁSICOS, PRE- POST GRADO

Título Profesional: Asistente Social, Universidad Tecnológica INACAP, título enero 2004

Enseñanza Media: Instituto Francisco Bilbao 10 Diciembre 1991

CURSOS / SEMINARIOS EN LOS QUE HA PARTICIPADO (RELACIONADOS AL PROYECTO) O EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y/O REINSERCIÓN SOCIAL

CURSOS

Seminario: Bullying, sexting, grooming y acoso moral en la sociedad contemporánea. OPD El libertador, Rancagua, Septiembre 2011

Capacitación "Estrategias Motivacionales y Clínicas Infante - adolescente". CONACE, Junio 2006.

Capacitación: "Diagnóstico y Entrevista Motivacional", CONACE, Octubre 2006.

Capacitación "Consumo de Alcohol y Drogas en Adolescentes", Servicio Salud O'higgins, Noviembre 2006

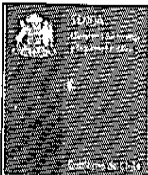
EXPERIENCIA

Septiembre 2001 – 31 Diciembre 2003 Educadora Social, Corporación OPCION, Proyecto La Esquina

Tratamiento de rehabilitación destinado a niños y jóvenes consumidores de drogas y alcohol e infractores de ley, dentro de las funciones se contemplaba Gestión y Coordinación de redes (vinculación con centros de salud primaria, reinserción escolar, inserción en capacitaciones) Visitas domiciliarias, Intervención familiar, Intervención Individual, Trabajo grupal con los jóvenes, elaboración de informes y participación en reuniones clínicas.

Enero 2004 - Diciembre 2004 Asistente Social, Corporación OPCION

A las funciones ya realizadas en el Proyecto La esquina, se adiciona la intervención vespertina con jóvenes en situación de y en la calle, con consumo problemático de drogas y alcohol, presencia de infracción a la ley, historia de vulneración de derechos y la mayoría sin contar con algún familiar o adulto significativo. Las



labores eran visitas en terreno, contención emocional, apertura a la red de protección y asistencial, intervención en crisis, reuniones clínicas, elaboración de informes, contactos y acercamiento con Tribunal de Familia.

Enero 2005 – 31 Enero 2006 , Asistente Social, Corporación OPCION, Proyecto la Manzana

Tratamiento de rehabilitación destinada a jóvenes de, o en situación de calle, con consumo problemático de drogas, de mediano a severo, conductas disruptivas e involucración en infracción de ley y presencia de comercio sexual. Realización de intervención en terreno, coordinación de red, intervención en crisis y acercamiento familiar.

15 Febrero 2006 – 8 de Enero 2012, Sub Directora, Corporación Municipal Servicio de Salud, Programa la Brújula.

Tratamiento y rehabilitación de jóvenes con consumo problemático de drogas con alto y moderado riesgo, con compromiso biopsicosocial de moderado a severo. Encargada de construir la rutina de jóvenes intensivos y ambulatorios, manejar asistencia de los jóvenes y su familia, coordinar redes asistenciales, redes de salud, educación y mantener relaciones de complementariedad con equipos e instituciones derivadores, Intervención psicosocial a nivel grupal con las familias. Apoyo en evaluaciones del equipo y en la contratación de nuevos miembros.

9 de Enero 2012 – a la fecha, Director Técnico, Fundación Tierra Esperanza, PAI – Ágora Rancagua

Responsable de gestionar técnica y administrativamente el proyecto, dirigir, apoyar, supervisar y evaluar intervención clínica, conducir reuniones clínicas y administrativas, manejo y control de libros de asistencia de los jóvenes y profesionales, establecer contacto con asesores y supervisores técnicos. Participación y gestión con las diversas redes, tanto institucionales como gubernamentales.

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EN EL PROYECTO

Director Técnico

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

Yo, Pamela Salfatte Covarrubias, rut 12.517.945-2 declaro que de adjudicar el Proyecto de Programa de Tratamiento para Niños, Niñas, y Adolescentes con consumo problemático de Alcohol y Drogas, modalidad Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria formaré parte integrante de éste en la Fundación Tierra de Esperanza.

13/08/2013	Pamela Salfatte C.
FECHA	FIRMA

CERTIFICADO DE TITULO

Certifico que con fecha 05 de enero de 2004 don(ña)

Pamela Andrea Salfatte Covarrubias

*Ha cumplido con los requisitos exigidos por el Instituto Profesional INACAP,
para obtener el Título de*

Asistente Social

N°20.639 Folio 1.187 del Registro General de Títulos y Certificados de esta Institución.

Santiago, 16 de marzo de 2004

CERTIFICO: Que la presente FOTOCOPIA
se encuentra conforme con el documento
que se ha tenido a la vista, y que
devuelvo al interesado

17 AGO 2013

ERNESTO MONTOYA PEREDO
NOTARIO PUBLICO
RANCAGUA



LORETO ALLENDE HAVERBECK
SUBDIRECTORA DE REGISTROS ACADÉMICOS



INSTITUTO PROFESIONAL

www.inacap.cl



20.- CURRÍCULO VITAE RECURSO HUMANO

NOMBRE	Claudia Enriqueta Cruz Orellana
EDAD	38 años
RUT	12.693.489-0
DOMICILIO	Monvoisin 3020, Villa Los Girasoles, Rancagua.
PROFESIÓN / OFICIO	Psicóloga
TELEFONO	(09) 1460731
E-MAIL	claudiacruz@yahoo.es

ESTUDIOS BÁSICOS, PRE- POST GRADO

1981 – 1988: Enseñanza Básica, colegio República Argentina, Rancagua

1989 – 1993: Enseñanza Media, Liceo comercial Diego Portales, Especialidad de Secretariado Ejecutivo, Rancagua.

1995 – 2000: Estudios Universitarios, Carrera de Psicología, Universidad Andrés Bello, Santiago

CURSOS / SEMINARIOS EN LOS QUE HA PARTICIPADO (RELACIONADOS AL PROYECTO) O EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y/O REINSERCIÓN SOCIAL

EXPERIENCIA

Abril 2013 a la fecha: Psicóloga del Equipo del Programa de Integración Escolar en colegio San Sebastián School. Desarrolla labores de psicodiagnostico e intervención con niños y niñas con dificultades de aprendizaje.

Marzo 2012 a Diciembre 2012

Coordinadora Técnica Programa de Apoyo a la Maternidad Adolescente convenio entre SERNAM y Fundación León Bloy. Su labor es generar las condiciones necesarias en lo técnico y territorial para el desarrollo del programa en tres comunas de la región de OHiggins (Rancagua, Rengo y San Fernando).

Agosto 2011 a Febrero 2012

Coordinadora Técnica Programa Abriendo Caminos, Fundación León Bloy – Mideplan, Sistema Chile Solidario. Su labor es generar acciones tendientes a la organización del trabajo de intervención socio-comunitaria con familias de personas Privadas de Libertad.

Coordinación del equipo de trabajo, abordaje multiproblemático de casos. Coordinación institucional y responsable administrativa del programa.

Septiembre 2010 – Junio 2011

Encargada de la Unidad de Protección a la Primera Infancia, Fundación INTEGRA (reemplazo pre y post natal). Su labor es canalizar situaciones de vulneración de derechos en los jardines infantiles y sala cuna a modo de facilitar la visualización de problemática, y atención especializada a los niños y su familia. Además, está encargada de participar y de establecer coordinaciones en la Red Social y de Protección para la atención a la primera infancia que es beneficiaria de los jardines y salas cunas de Fundación Integra. También a nivel comunal, participa en diversas mesas temáticas institucionales a favor de la infancia y adolescencia.

Enero 2008 – Septiembre 2010

Psicóloga Programa de Intervención Breve PIB Rancagua, dependiente de SENAME y Fundación Mi Casa. Sus funciones están enfocadas a la intervención en casos considerados de mediana complejidad en vulneraciones de Derecho en niños, niñas y adolescentes. Esta intervención consta de diagnóstico en vulnerabilidad, terapia individual, elaboración de informes psicológicos, coordinación con instituciones para la superación de vulneraciones asociadas, presentación de antecedentes en Tribunales de Familia. Además, trabajo en dupla psicosocial y equipo.

Además realiza cargo de subrogancia en dicha institución.

Abril de 2006 a Diciembre 2007

Psicóloga del área de Protección de la Oficina de Protección de Derecho de Rancagua. Sus funciones se enfocan en diagnóstico psicológico del niño en vulneración de derecho en problemáticas como: de maltratos físicos leves, moderados a graves, maltrato psicológicos, atención a víctimas de violencia intrafamiliar, desescolarización, negligencia, abuso sexual, trabajo infantil entre otros.

Elaboración de informes, y concurrencia a audiencias en Tribunales de Familia y Fiscalía Local, Trabajo de coordinación en Red con instituciones locales y regionales.

Además, realiza cargo de subrogancia en dicha institución.

Noviembre 2004 a Agosto 2005

Coordinadora del Proyecto de Drogas "Inchemò", que aborda tratamiento en Drogas con infractores de Ley al interior del recinto carcelario. Las funciones estaban orientadas a dirigir un equipo multidisciplinario que diseñara e implementara un modelo de intervención en Tratamiento de Drogas, con un flujo de atención para la población infractora de ley de los recintos COD-CERECO Graneros y Sección de Menores GENCHI. Coordinadora enlace entre SENAME Nacional y Regional, CONACE Nacional y Regional,

con entidad ejecutoria Instituto Chileno de Estudios Humanísticos, para la puesta en Marcha y ejecución de este Proyecto.

2002

Directora de Comunidad Terapéutica Despertar, las funciones estaban orientadas a la implementación del diseño del modelo de intervención para Tratamiento en Consumo problemático de Drogas en modalidad residencial con duración de un año. Coordinadora del área técnica y encargada de las gestiones en red con área de salud y CONACE Regional. Atención de Casos.

2001

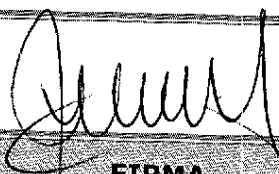
Psicóloga Comunidad Terapéutica Renacer, Santiago, atención a personas con consumo problemático en drogas.

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EN EL PROYECTO

PSICOLOGA

DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO

Yo, Claudia Cruz Orellana, rut 12.693.489-0 declaro que de adjudicar el Proyecto de Programa de Tratamiento para Niños, Niñas, y Adolescentes con consumo problemático de Alcohol y Drogas, modalidad Intervención Ambulatoria Intensiva Comunitaria formaré parte integrante de éste en la Fundación Tierra de Esperanza.

13/08/2013	
FECHA	FIRMA

C. IDENTIDAD N° 12693489-0
GABINETE : NACIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL ANDRÉS BELLO

CERTIFICADO DE TITULO


El Secretario General de la Universidad Nacional Andrés Bello certifica
que esta Casa de Estudios confirió el TÍTULO DE PSICOLOGO

a don (a) CLAUDIA ENRIQUETA CRUZ ORELLANA

el 03 de ABRIL de 2001 y fue APROBADO CON
DISTINCION MAXIMA (6.5)

según consta en el N° PSI/2694/139/2001 del Rol de Títulos y Grados
de esta Universidad

Santiago, 04 de ABRIL de 2001


Secretario General (S/)



C. IDENTIDAD N° 12693489-0
GABINETE : NACIONAL



UNIVERSIDAD NACIONAL ANDRÉS BELLO

CERTIFICADO DE GRADO ACADEMICO

*El Secretario General de la Universidad Nacional Andrés Bello certifica
que esta Casa de Estudios confirió el GRADO DE LICENCIADO EN
..... PSICOLOGIA
a don (a) CLAUDIA ENRIQUETA CRUZ ORELLANA
el 03 de ABRIL de 2001 ; Por cuanto ha dado cumplimiento
a los requisitos prescritos por la Universidad
según consta en el N° PSI/2694/139/2001 del Rol de Títulos y Grados
de esta Universidad*

Santiago, 04 de ABRIL de 2001


Secretario General (S)





20.- CURRÍCULO VITAE RECURSO HUMANO

NOMBRE	DAYANA NICOLE RODRIGUEZ SOTO
EDAD	26 Años
RUT	16.495.308-4
DOMICILIO	Calle Bahía laguna verde n°5, Reserva de Machalí
PROFESIÓN / OFICIO	Psicóloga
TELÉFONO	66130478
E-MAIL	day.rodriguez.s@gmail.com

ESTUDIOS BÁSICOS, PRE- POST GRADO

2007 - 2012	Estudios Universitarios. Licenciada en Psicología Título Profesional Psicólogo mención Clínica Universidad de Talca
Agosto -Diciembre	Diplomado en Salud Mental Comunitaria Dirección de Desarrollo y Trasferencia Tecnológica Universidad Católica del Maule, sede Rancagua

CURSOS / SEMINARIOS EN LOS QUE HA PARTICIPADO (RELACIONADOS AL PROYECTO) O EXPERIENCIA EN PROYECTOS Y/O PROGRAMAS DE PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y/O REINSERCIÓN SOCIAL

Febrero 2012 hasta la actualidad <ul style="list-style-type: none">- Centro de Referencia de Salud: La Brújula, CORMUN. Psicóloga encargada de casos.
Realizando las siguientes funciones: <ul style="list-style-type: none">• Diagnósticos: biopsicosocial, de consumo y motivacional.• Evaluación psicométrica.• Evaluación multiaxial, DSM-IV• Psicoterapia individual y/o familiar• Elaboración del plan de tratamiento individual acorde a su diagnóstico, junto al equipo multidisciplinario. Orientado a favorecer la adherencia al programa, mantener la coordinación y fomentar la participación del adulto responsable del joven en el proceso de rehabilitación, desarrollar estrategias de sensibilización para conseguir la promeblatización del consumo, coordinación con instituciones para favorecer el apoyo y mantención de la abstinencia

reducción de daño, entre otros.

- Acreditada por el Ministerio de Educación para la Evaluación y Diagnóstico en Educación Especial, Rol Prof. N°74923/2012.

Septiembre 2011 a Enero 2012

- Práctica Profesional en Centro de Referencia de Salud: La Brújula, CORMUN.

Año 2009

- Intervención en convivencia escolar con estudiantes de la "Escuela Brilla el Sol", Talca.
- Trabajo de intervención Psicodiagnóstica en Hospital Psiquiátrico y centro diurno, Talca.

Cursos:

- Curso de capacitación en Arte Terapia y Terapia Corporal, dictado por Escuela de Terapia Corporal, Santiago.

Seminarios:

- Trastornos del Comportamiento en Adolescentes: Evaluación e Intervenciones.
- Trastornos Alimenticios: Anorexia- Bulimia, Evaluación e Intervenciones en Adolescentes.

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑA EN EL PROYECTO

Psicóloga