SENDA
Ministerio del Interior
y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

ORIENTACIÓN TÉCNICA
PARA LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE QUE PRESENTAN CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS
PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO COMUNITARIO PAC

Elaborado por el Área Tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA.

Santiago, 2021

En el presente documento, se utiliza el término “persona usuaria” para referirse a hombres y mujeres que se encuentran ingresados a tratamiento en el Programa. Lo anterior, a fin de evitar discriminación de género en el lenguaje y evitar la saturación gráfica usando “o/a”, “los/las”, u otras similares para referirse a ambos sexos en conjunto, lo que puede dificultar la comprensión de la lectura.

Vigencia: Se evaluará cada 2 años la pertinencia de actualización del documento.

Este material puede ser reproducido total o parcialmente con fines de difusión, capacitación e implementación, citando siempre las fuentes correspondientes.

Índice General

1.INTRODUCCIÓN

2.- ANTECEDENTES

2.1.- **Caracterización General de las Personas en Situación de Calle en el país.**

2.2.- Origen y características principales del Programa Ambulatorio Comunitario PAC.

2.3.- Caracterización General Usuarios Programa Ambulatorio Comunitario PAC SENDA.

2.4 Programas de atención a Personas en Situación de Calle del Ministerio de Desarrollo Social: Centros Temporales para la superación, Programa Calle y de Atención a la Salud Mental.

3.- REFERENCIAS TEÓRICO-CONCEPTUALES

3.1.- Aproximación conceptual "Personas en Situación de Calle".

3.2.- Elementos para la comprensión de las causas y mantención de la Situación de Calle.

- Exclusión Social, Vulnerabilidad y Estigma.

- Consumo de drogas, alcohol y la respuesta del sistema socio sanitario como determinante social de la salud.

3.3.- Concepto de Recuperación (Recovery) y elementos claves para el Tratamiento desde esta perspectiva

4.-PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

4.1.- Objetivo General.

4.2.- Objetivos Específicos.

4.3.- Criterios de Inclusión y vías de acceso al Programa.

4.4.- Equipo Técnico Clínico

4.4.1.- Competencias Generales del Equipo Técnico Clínico.

4.4.2.- Conformación del Equipo Técnico Clínico.

4.4.3.- Definición de Roles y Funciones del Equipo Técnico Clínico.

4.4.4.- Autocuidado y Cuidado de Equipos.

4.5.- Enfoques Metodológicos y estrategias de intervención para la Intervención con Personas en

Situación de Calle y presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas

4.5.1.- Enfoques Metodológicos que orientan la intervención.

4.5.2.-Estrategias de intervención en el ámbito del tratamiento con Personas en Situación de Calle y consumo problemático de alcohol y otras drogas.

4.5.3.- Coordinación y complementariedad con Programas del MDS.

4.6.- Fases de intervención y Actividades Principales.

4.7.- Criterios para el Diagnóstico

4.7.1.- Diagnóstico Clínico (CIE 10)

4.7.2.- Evaluación del Compromiso Biopsicosocial

4.7.3.- Estadio Motivacional y Disposición al Cambio

4.8.- Plan de Tratamiento Individual

4.8.1.- Definición y Consideraciones Generales

4.8.2.- Actividades relevantes a considerar durante la ejecución del Plan de Tratamiento Individual

4.8.2.1.- Rescate

4.8.2.2.- Evaluación durante el proceso terapéutico

4.8.2.3.- Egreso y Evaluación del proceso terapéutico al egreso

4.9.- Ficha Clínica

5.- ANEXOS

5.1.- Gestión de Calidad y Sistema de Asesoría

Objetivos de la Asesoría y Responsable

Metodología de Implementación de la Asesoría

Detección de Situaciones Críticas

Procedimiento para el Abordaje de las Situaciones Críticas

5.2.- Sistema de Evaluación Técnica de Programas de Tratamiento y Rehabilitación

Objetivos de la Evaluación y Responsable

Metodología de la Evaluación

5.3.- Consentimiento Informado. Orientaciones para la implementación y Formulario General

5.4.- Ficha de Derivación a Programas de Tratamiento

6.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- INTRODUCCIÓN

El Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA), es la entidad del Estado de Chile responsable de elaborar las políticas y programas de prevención y tratamiento del consumo de drogas y alcohol, destinadas a las personas afectadas por el consumo de estas sustancias.

El Servicio identifica como misión "Generar e implementar políticas y programas integrales y efectivos que contribuyan en la disminución del consumo de drogas y alcohol y sus consecuencias sociales y sanitarias, liderando y articulando un trabajo intersectorial orientado a mejorar la calidad de vida de las personas". La ejecución de políticas en materia de tratamiento, rehabilitación e integración social de las personas afectadas por esta problemática implica asumir el desafío del diseño e implementación de estrategias y acciones sensibles a las necesidades y recursos particulares de diversos grupos poblacionales, adaptadas especialmente para aquellos que se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad bio psico social.

La intervención con personas que se encuentran en situación de calle y presentan consumo problemático de drogas, implica desafíos especialmente complejos, en tanto requiere la consideración de necesidades de distinto orden y el consecuente diseño e implementación de estrategias y acciones desde un enfoque integral. La satisfacción de necesidades fundamentales de subsistencia, protección, afecto, salud y otras, exige la vinculación y re-vinculación del sujeto con redes de apoyo diversas. Así, la complementariedad de las acciones entre los distintos actores intervinientes resulta esencial para el avance y la mantención de los logros terapéuticos obtenidos por las personas en el proceso de tratamiento. Se espera que el trabajo intersectorial, tanto en términos de acuerdos de trabajo generales como en la articulación de acciones específicas de distintos programas en el espacio local, se oriente hacia el logro de un propósito común: facilitar procesos de inclusión social y de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de drogas y se encuentran en situación de calle. En esta línea, cobra especial relevancia la integración del trabajo de equipos de tratamiento con equipos ejecutores de programas del Ministerio de Desarrollo Social y familia-en adelante MIDESOFA-, particularmente a los Programas: Calle, Noche Digna y Apoyo a la Atención en Salud Mental.

Comprendiendo lo anterior, el área de Tratamiento de SENDA impulsó la elaboración del presente documento de Orientaciones Técnicas para la Intervención Integral de Personas en Situación de Calle que presentan Consumo problemático de Alcohol y Otras Drogas. El documento tiene como objetivo orientar a los programas y a los profesionales que proveen tratamiento, en la intervención técnico-clínica y la gestión administrativa de la implementación del Programa.

El documento se organiza en los siguientes capítulos:

Capítulo 1. Introducción.

Capítulo 2. Antecedentes; que describe las características generales de la población a atender. Capítulo 3. Referencias Teórico-Conceptuales; que identifica los conceptos claves y el anclaje teórico que sustenta la problematización realizada y fundamentan la propuesta de trabajo. Capítulo 4. Programa de Tratamiento. Este capítulo resulta ser el que presenta mayores componentes, presentando aspectos centrales para la intervención, tales como: Objetivos del Programa, conformación del equipo de intervención y descripción de roles y funciones; aspectos y otros.

5.- Anexos:
Anexo 1: Gestión de la Calidad y Sistema de Asesoría a los Equipos.
Anexo 2: Sistema de Evaluación Técnica de Programas de Tratamiento y Rehabilitación
Anexo 3: Orientaciones Generales para la Implementación del Consentimiento Informado (CI) en población adulta. Formulario General.
Anexo 4: Ficha de Derivación.

Finalmente, se presenta la bibliografía utilizada.

2.- ANTECEDENTES GENERALES

2.1.- Caracterización de las Personas en Situación de Calle en el país. Antecedentes relevantes a partir del Registro Social de Calle del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Desde el año 2016, se comienza a implementar de manera progresiva en todo el país, el *Registro Social Calle*, como una nueva metodología que incluye a las personas en la red de Protección Social para facilitar su acceso a los servicios que entrega el Estado. El Registro Calle, a diferencia de los catastros anteriores, se presenta como un instrumento disponible de forma permanente, con el objetivo de mantener información actualizada. Durante el mismo año, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, realizó un estudio cualitativo de caracterización de Personas en Situación de Calle, develando necesidades, prácticas y expectativas de esta población[1]. Este estudio se presentó como complementario a la información del Registro Social de Calle.

Dentro de los principales hallazgos del estudio se releva la necesidad de reforzar el apoyo a las personas que presentan consumo de alcohol y otras drogas. Comprendiendo la presencia del consumo problemático como un aspecto que aumenta aún más la vulnerabilidad de las personas en situación de calle, se identifica la necesidad de articular intervenciones con centros y programas de tratamiento que resulten en derivaciones oportunas, abriendo a posibilidad a intervenciones coordinadas y complementarias.

Los antecedentes que se exponen a continuación corresponden a los datos proporcionados por el Registro Social de Hogares y el Anexo Cuestionario del Registro Social Calle actualizado al 05 de marzo 2021 [2]

Según el registro, se identifican a 16.573 personas en situación de calle a nivel país. El 15,7% equivale a mujeres mientras que un 84,3% pertenece a hombres.

Al desagregar por sexo, se mantiene la tendencia histórica observada a nivel nacional, -levantada tanto en los Catastros como en los reportes previos del Registro Social Calle-, que indica que el 84,3% son hombres en situación de calle, y un 15,7% son mujeres. Lo anterior, confirma la hipótesis de que la situación de calle en Chile sigue siendo un fenómeno que afecta predominantemente a personas de sexo masculino.

---

[1] STATCOM, Informe N°3: "Caracterización Cualitativa de Personas en Situación de Calle".

Preparado para el Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Informe_Final_Caracterizacion_PSC.pdf

[2] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, División de Focalización, base actualizada al 05 de marzo del 2021.

En términos de la Distribución Territorial; la población en situación de calle se concentra principalmente en la Región Metropolitana, con 7.323 del total de personas. La región de Valparaíso que registran 1982, y Biobío 1.423. Los resultados del Registro, además, indican que la situación de calle es eminentemente urbana, con mayor presencia en capitales regionales. Es importante señalar, que además de estas tres grandes concentraciones, destaca la mayor presencia de personas en situación de calle en el norte del país, comparativamente con el sur austral.

Un antecedente que destacar es el cambio observado en el norte de Chile, donde históricamente, el cuarto lugar de concentración de población en situación de calle lo ocupó precisamente la Región de Tarapacá; sin embargo, los datos del Registro muestran que esta región ha sido desplazada por la Región de Maule, que reúne a 846 personas en situación de calle. Pese a lo señalado anteriormente, resulta fundamental el análisis a partir de los datos levantados respecto de la propia población total, Observando el fenómeno y sus diversas manifestaciones en el contexto regional y local.

En lo que respecta a las edades, los datos muestran que el promedio de edad de las Personas en Situación de Calle es de 46 años, mientras que en hombres el promedio aumenta a 47 años y en mujeres disminuye a 42 años. Al analizar las edades según tramos etarios, se observa que la distribución toma una curva normal, concentrándose los datos en el centro: entre los 35 y 49 años, se presenta el mayor número de Personas en Situación de Calle, secundado por el tramo entre 50 y 59 años. Por otra parte, al revisar estos tramos según sexo, se corrobora que, en el caso de las mujeres, la mayor cantidad se concentra entre 35 y 49 años (40%), mientras que los hombres están entre 35 y los 49 años (38%), verificando que las mujeres en situación de calle mantienen una mínima alza.

Respecto a la nacionalidades y etnia, los datos indican que las Personas en Situación de Calle son mayoritariamente chilenas (98%), identificándose solo un 2% de extranjeros, de origen principalmente sudamericano: Perú (32.4%), Colombia (17.8%) y Argentina (10%). Al incorporar en este análisis la variable sexo y territorio, podemos observar, que estos son mayoritariamente de sexo masculino y se concentran en regiones del centro y del norte del país, liderando la región Metropolitana, Arica y Parinacota y Antofagasta. En relación a la pertenencia a pueblos originarios, solo el 6 % se considera perteneciente a alguno de ellos, y de este grupo, la mayoría señala ser parte de la etnia Mapuche (4.9%), lo que resulta bajo en relación al 10% nacional que declaró en CASEN 2015, pertenecer a un pueblo originario.

El promedio de escolaridad en las Personas en Situación de Calle alcanza los 8.3 años. Verificando que solo un 48.9% completó la enseñanza básica, dado que indica tener más de 9 años de escolaridad.

Otro aspecto importante que releva el *Registro* dice relación con el levantamiento de información y análisis de las ***características asociadas a las vulnerabilidades*** que presentan las personas en situación de calle. Lo anterior, se refiere específicamente a la *situación de discapacidad, los procesos de institucionalización de estas personas y la frecuencia de consumo de alcohol y/o drogas.*

• En relación con salud y medición de la capacidad, los resultados indican que el 71.5% de las Personas en Situación

de Calle presenta algún grado de dificultad, de las cuales un 47% corresponde a dificultad moderada a severa, y un 24% corresponde específicamente a dificultades severas. Al desagregar esta información por sexo, emerge una importante diferencia, dado que un 28% de mujeres presenta dificultad severa (22.9%), 5 puntos porcentuales sobre el total de hombres que declaran tener el mismo tipo de dificultades severas (23.3%). El análisis de los datos también da cuenta de la relación que existe entre el tiempo que viven las personas en esta situación y el deterioro de la salud. En esta línea, el análisis regional revela que aquellas personas que viven en la zona sur y austral del país son las que evidencian mayor dificultad asociada a discapacidad, comparado con las que viven en las regiones centro y norte del país.

• Respecto de los procesos de institucionalización experimentados, la información indica que más de la mitad de las Personas en Situación de Calle que ingresaron al Registro (57.3%) pasó al menos 3 meses en alguna institución en algún momento de su vida. Asimismo, la evidencia muestra que son cuatro las instituciones donde se concentra esta experiencia vital: El primer lugar lo ocupan los recintos penitenciarios, seguido por los Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Drogas, luego Hospitales y Centros de Salud y los Hogares de Menores del SENAME.

• En relación con el consumo de alcohol y otras drogas, la información del Registro indica, respecto al consumo diario de sustancias que, dentro de las drogas legales, el tabaco es el más consumido (57.3%), seguido por el alcohol (37.4%). Cuando se indaga sobre el consumo de drogas ilícitas, la pasta base es la que presenta mayor consumo, 15.8%, seguida por la marihuana (11.2%). El registro sólo levanta el dato referente a la frecuencia de consumo. Si bien, este es considerado sólo uno de los elementos a evaluar al momento de definir la existencia o no de consumo problemático; conocer sobre la cantidad permite contar con un primer antecedente y un indicador significativo al momento de evaluar la vulnerabilidad de las personas que viven en esta situación. Junto con lo anterior, es importante señalar que diferencia del consumo en domicilio, el consumo en la calle es público, expuesto, visible, sujeto a la opinión y juicio de los ciudadanos en general.

Según el análisis realizado: "lo que se observa es que se tiende a hacer un vínculo inmediato entre consumo problemático de alcohol y/o drogas y la situación de calle"[3]. Los datos levantados muestran que un 14,3% de las personas indica haber llegado a la situación de calle producto de este consumo, y que un 37,4% consume diariamente alcohol; un 15,8% pasta base, y un 11,2% marihuana. El análisis también apunta a que el consumo surge o se intensifica durante la experiencia de situación de calle, sin ser prevalentemente el factor más significativo o detonante de la situación de calle; sino que más bien constituye un elemento que profundiza la situación de vulnerabilidad de las personas, exponiéndolas a mayores y diversos riesgos sanitarios y sociales y a aumentando la posibilidad de daño respecto de estos riesgos.

En esta misma línea, un estudio realizado recientemente por la Corporación Moviliza (2017), respecto de las casas compartidas y residencias para la superación de personas en situación de calle (MDS), identifica que los problemas más graves que se deben enfrentar los profesionales en la intervención, son aquellos que se encuentran asociados a trastornos de salud concurrentes y el posterior daño crónico que se va generando tanto por vivir a la intemperie como por el consumo de distintos tipos de sustancias. De esta forma, el problema de fondo que presentan las personas en situación de calle está en las dificultades para acceder a tratamientos de mediano y largo plazo, a menos que cuenten

[3] Ministerio de Desarrollo Social, Política Nacional de Calle, balances y Proyecciones de una Políticas Pública para Personas en Situación de Calle.Diciembre,2017, pg.117.

con condiciones de habitabilidad garantizadas para adherir y mantener los cuidados[4].

2.2.- Origen y características principales del Plan Ambulatorio Comunitario PAC

El Programa de Tratamiento de Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de alcohol y otras drogas, inició en el año 2008 como proyecto piloto, de alcance comunal, en las regiones de Valparaíso, Metropolitana y Biobío. A contar del año 2012, el Programa amplió su presencia en las regiones: Arica, Antofagasta, Coquimbo, O Higgins, Maule, Araucanía, Los Lagos, Los Ríos y Magallanes. Actualmente el Programa se ejecuta en 12 regiones del país por medio del trabajo realizado por 14 prestadores, entre ellos organismos públicos y privados.

La modalidad de intervención del Programa se define como Plan Ambulatorio Comunitario (PAC). El diseño de este plan específico permitió incorporar al Programa de Población General para Personas Adultas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, una nueva modalidad de gestión técnica, orientada al abordaje de las necesidades específicas de esta población. A esto se suma la incorporación al Sistema de Información y Gestión de Tratamiento SISTRAT.

El PAC considera un diseño metodológico orientado a facilitar el acceso y permanencia de las personas usuarias en un proceso de tratamiento, a través de estrategias de trabajo en terreno, que incluyen la intervención directa en el lugar donde se encuentran las personas en calle: rucos, hospederías, domicilio de familiares y diversos lugares públicos. La intervención en terreno puede eventualmente, dar paso a intervenciones en otros espacios físicos (sedes vecinales, salas de atención dispuestas por el del Programa u otros), que se adecuen a las necesidades de intervención, disposición motivacional y avances en el proceso de integración social que presenten las personas usuarias.

De este modo, las intervenciones iniciales se focalizan en la construcción de un vínculo terapéutico seguro, que favorezca el desarrollo de la confianza necesaria para el abordaje progresivo de las diversas necesidades socio sanitarias de intervención, con especial énfasis en el consumo problemático de drogas. La intervención se orienta hacia procesos de empoderamiento de las personas, a través del desarrollo de capacidades y competencias diversas, interviniendo además en los sistemas en que las personas interactúan, facilitando procesos de integración social y el aumento del bienestar.

Para lo anterior, resultan de suma relevancia que los equipos ejecutores del programa desplieguen estrategias de trabajo intersectorial, actuando colaborativamente con otros actores que intervienen con esta población. Esta articulación de recursos se orienta al fortalecimiento de las redes de apoyo social del sujeto durante todo el proceso terapéutico. En esta línea, resulta central la articulación con equipos del Ministerio de Desarrollo Social y Familia , que intervienen directamente con esta población.

La experiencia de trabajo desarrollada entre SENDA y MIDESOFA ha dado cuenta de resultados valiosos, reforzando la noción que las intervenciones de ambos equipos, trabajando colaborativamente, se refuerzan y los logros de las personas usuarias, se potencian.

---

[4] MOVILIZA, Estudio de Residencias y Casa Compartidas: Estrategias y Aportes para la Situación de Calle. Fondo Chile de Todas y Todos, 2016. Análisis de Experiencias, División Publico Privada, Ministerio de Desarrollo Social, noviembre, 2017. Disponible en http://www.moviliza.cl/EstudioResidenciasyCasasCompartidasAportesalasuperaciondecalle.pdf

2.3.- Caracterización General de Personas Usuarias del Plan de Tratamiento Ambulatorio Comunitario PAC.

El Informe Anual del Programa de Tratamiento para Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas; elaborado por SENDA[5], refiere que, durante el año 2020, ingresaron 406 personas al Programa. De estas 348 personas (85,7%), son hombres y 58 personas (14,3%), mujeres. Todos los datos que se exponen a continuación son extraídos del Informe mencionado.

La distribución del total de la población atendida, según rango etario, indica que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de 40-49 años de edad, con el 31,3%, seguido por el rango 50-59 años (29,8%) y el rango 30-39 años (21,7%). El rango entre 20-29 años corresponde al 7% de las personas atendidas y los mayores de 60 años, corresponden al 10,1% del total.

La mayoría de las personas en tratamiento se encuentran en la Región Metropolitana, distribuidas en tres programas específicos. La Región de Valparaíso cuenta con dos centros, mientras que las restantes cuentan con uno por región. La predominancia de usuarios hombres por sobre el número de mujeres en el Programa, se observa en todas las regiones en que este se ejecuta.

Respecto de la variable Condición ocupacional por sexo, se observa que el mayor porcentaje de las personas ingresadas al Programa declara cesante al momento del ingreso (45,6%), seguido por la condición de trabajando actualmente (29,3%) y Sin Actividad (17%). Sólo un 0,3% del total se encontraría Incapacitado para trabajar; un 1% estudiando y un 2,5% pensionado o jubilado sin trabajar.

El mayor porcentaje de personas atendidas por el programa pernocta calles, plazas, parques o playas (24,6%) según el total general de las personas ingresadas al Programa.

Respecto del consumo de sustancias, la sustancia que presenta mayor consumo en la población en situación de calle es el alcohol con un 54,9%, seguida de Pasta Base de Cocaína con 39,9%, llegando entre ambas a representar casi el 96% de sustancias consumidas. Según la distribución de porcentajes por sustancia, el alcohol resulta en un número mayor de casos identificado como sustancia principal.

Como da cuenta el Informe, la mayoría de las personas, aun estando en tratamiento, continúan viviendo en calle, ya sea en los rucos que se habilitan ellos mismos o en hospederías (solución transitoria y a veces estacional). De no ser abordado de forma efectiva, este hecho puede resultar en un obstáculo para el logro de los objetivos que se plantean en un proceso de tratamiento y en la mantención de los resultados obtenidos, toda vez que la exposición a riesgos asociados al consumo tanto de ellos como de las personas que los rodean, se mantienen. Por ello, resulta indispensable generar coordinaciones con la oferta existente en el territorio, dirigida a Personas en Situación de Calle, considerando que un Programa por sí solo, no logra abordar la multiplicidad de factores que reviste la problemática. Consecuente con la condición y perfil de las personas de este programa en tratamiento, el mayor porcentaje corresponde a usuarios/as con compromiso biopsicosocial severo, seguido de compromiso biopsicosocial moderado. Lo anterior, supone desafíos, particularmente respecto del abordaje integral de las múltiples necesidades que

[5] El Informe Anual de Evaluación Técnica del Programa de Tratamiento para Personas Adultas en Situación de Calle con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas, se elaboró a partir de los datos ingresados al SISTRAT para el periodo Enero a diciembre 2020.

presentan las personas que se encuentran que presentan consumo problemático de sustancias y se encuentran en situación de calle.

El mayor porcentaje, según Tipo de Egreso corresponde las Altas Terapéuticas (38,5%), seguido del abandono con un 26,6% mientras los motivos Derivación y Alta Administrativa, representan el 19,6% y 15,4% respectivamente.

Se muestra el promedio de permanencia en meses de aquellas personas que obtuvieron Logros Intermedio y Alto, confirmando que quienes logran mantenerse por más tiempo en tratamiento, obtienen mayores niveles de logro terapéutico. Por el contrario, aquellos que permanecen menos tiempo obtienen Logros Mínimos. Resulta importante analizar la relación existente entre porcentaje de abandono y evaluación de Logro Terapéutico Mínimo a la luz del compromiso biopsicosocial que presentan las personas usuarias del programa y las estrategias de intervención del mismo. Esto, supone para el Programa, el desafío respecto de la implementación de estrategias que aumenten la adherencia y retención de las personas usuarias al tratamiento, que incorporen de forma activa y permanente la articulación intersectorial de equipos y el fortalecimiento de intervenciones específicas, centradas en las necesidades y recursos particulares de cada persona usuaria.

Un desafío de suma importancia para los equipos que ofrecen tratamiento de alcohol y drogas para personas en situación de calle, consiste en la vinculación y el trabajo coordinado e integrado con equipos que implementan programas de MDS. Acercarse en el lenguaje y en las formas de comprender el fenómeno, se presenta como un primer paso para el acuerdo en el diseño de estrategias de intervención articuladas, que se potencien mutuamente, abordando a la persona, el problema y los recursos disponibles de forma integral, eficiente y eficaz.

2.4 Programas de atención a personas en situación de calle del Ministerio de Desarrollo social. Programa Calle.

Este programa nació el 2006 como respuesta a la problemática que se detectó con la ejecución del Primer Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle (2005). El objetivo del programa es contribuir a que las Personas en Situación de Calle mejoren sus condiciones de vida y/o superen la situación de calle, a través del despliegue de alternativas de seguridad y protección, desarrollo de capacidades y aumento de recursos psicosociales y socio laborales. El programa está dirigido a personas mayores de 18 años, que se encuentran en situación de calle, y cuentan con una intervención máxima de 24 meses. Su modelo de gestión está basado en cuatro componentes: Acompañamiento a la Trayectoria Eje, Acompañamiento Integral (compuesto por el Programa de Acompañamiento Psicosocial y Sociolaboral), Servicios y Prestaciones y Transferencias Monetarias. En la etapa de acompañamiento, la persona accede a una estrategia metodológica que se adecúa a su perfil; se cuenta con un Acompañamiento Integral de tipo I, o bien, Acompañamiento Integral del tipo II (Psicosocial y Sociolaboral). A su vez, y tal como se mencionó, también acceden a las prestaciones y servicios sociales vinculados al programa y a las transferencias monetarias, según corresponda. El Acompañamiento a la Trayectoria Eje del Programa, contempla cuatro fases de intervención: Diagnóstico, Plan de Intervención, Seguimiento y Evaluación, que se ejecutan a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

En lo que respecta al Acompañamiento Integral Psicosocial de tipo I, el objetivo es promover el desarrollo de las habilidades y capacidades necesarias que permitan a los usuarios su inclusión social y desenvolvimiento autónomo.

Se trata de un acompañamiento personalizado que responde a las características particulares de cada participante, y cuenta con módulos que se abordan en encuentros del tipo sesiones, acompañamientos o gestiones del orden individual y/o grupal, además de la gestión de prestaciones, servicios y las transferencias monetarias que correspondan.

Por otra parte, en el Acompañamiento Integral (Psicosocial y Sociolaboral) de tipo II, el objetivo es mejorar la capacidad de los usuarios para generar ingresos en forma autónoma, el mejoramiento de sus condiciones de empleabilidad y la participación en el ámbito laboral, contribuyendo así, a mejorar sus posibilidades de inclusión social y económica. Todo lo anterior, sumado a los propósitos del Acompañamiento Integral Psicosocial. Esta intervención se organiza en encuentros del tipo sesiones, acompañamiento y gestiones en modalidad individual y/o grupal. Al igual que el Tipo I, esta también contempla la gestión de prestaciones y servicios sociales y las transferencias monetarias, en los casos que corresponden. Para ambos tipos de acompañamiento integral, la estrategia metodológica del programa, ordena su intervención en torno a cuatro Dimensiones de Bienestar, a saber, Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social y Hábitat y Entorno. Para orientar el trabajo de cada dimensión, se cuenta con una Matriz de Bienestar que está conformada por 72 indicadores de bienestar, los que se encuentran organizados en virtud de estándares, que permiten a las personas alcanzar las metas establecidas en su Plan de Desarrollo.

En cuanto a la Gestión de Servicios y Prestaciones Sociales, el objetivo es vincular a las Personas en Situación de Calle a la estructura de oportunidades, a partir de la Matriz de Bienestar. Las Transferencias Monetarias tienen carácter transitorio, y las reciben las personas que cumplen requisitos, o bien, que cumplen con requerimientos específicos, de conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes. El programa es ejecutado por entidades privadas sin fines de lucro, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y/o universidades; especialistas en la atención de Personas en Situación de Calle, mediante convenios de transferencia de recursos. Se ejecuta en todas las regiones del país y cuenta con una cobertura de dos mil nuevos cupos por año a nivel país.

Centros para la superación

Este corresponde a una modalidad de atención que ofrece alojamiento temporal y servicios básicos a Personas en Situación de Calle, pero a diferencia del Plan de Invierno está disponible durante todo el año. Estos centros representan una estrategia que complementa el Plan de Invierno y busca constituirse en una alternativa efectiva para la superación de calle para las personas que así se lo proponen. Los Centros para la Superación, disponen de las siguientes modalidades:

- Centros de Día: dispositivos para Personas en Situación de Calle, en los que se ofrece un espacio diario de encuentro, se favorece la socialización y la reintegración social en un ambiente de seguridad y “baja exigencia”.

- Hospederías Noche Digna: destinadas a procurar la prestación de Servicios Básicos, Alimentación, Alojamiento, y Orientación de carácter temporal. Aunque la Hospedería funciona brindando alojamiento

nocturno, se encuentra abierta durante las 24 horas del día, todos los días del año, con el propósito de realizar un trabajo integrado que busque dar respuesta a las necesidades más básicas de las Personas en Situación de Calle por

un período de tiempo acotado.

- Residencias para la Superación: ofrece alojamiento, servicios básicos y orientación a personas que se encuentren en proceso de salida de la situación de calle. En este centro se genera un escenario que propicia la interrupción de la situación de calle, ya que favorece el desarrollo de proyectos personales, con énfasis en el mejoramiento de las competencias para el auto-sustento, el desarrollo de habilidades sociales y de convivencia, la incorporación a servicios sociales, de salud, y a la red de protección a partir de un Plan de Trabajo.

- Casa Compartida: es un centro que ofrece Alojamiento, Servicios Básicos y Orientación a personas que se encuentren próximos al término de la situación de calle. A través del ejercicio de una vida autónoma junto a un grupo reducido de personas, se desarrollan herramientas que facilitan la salida de la situación de calle. Para el cumplimiento de este objetivo, se busca el hacer co-responsable al participante del mantenimiento de la casa sin presencia de los monitores las 24 horas del día, preparando de un modo progresivo a la persona, para la interrupción de la situación de calle.

- Centros de Referencia: dispositivo destinado a procurar la prestación de Alojamiento, Estadía Diurna, Servicios Básicos, Alimentación y Orientación. De este modo, se entrega complementariamente una solución habitacional y se habilita un espacio para que otras Personas en Situación de Calle puedan utilizar la infraestructura y los servicios del dispositivo para resolver sus necesidades básicas sin ingresar necesariamente en procesos de interrupción de la situación de calle.

Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental.[6]

El Programa Apoyo a la Atención de Salud Mental, nace el 2012 y se desarrolla con la finalidad de fortalecer el conjunto de prestaciones disponibles para personas y familias, que participan de programas que integran el Sistema Intersectorial de Protección Social. Su propósito es mejorar el acceso a diagnóstico y tratamiento integral en salud mental en la Red Pública de Salud para su población objetivo: niñas, niños y adolescentes (entre 10 y 19 años) y/o sus cuidadores, beneficiarios del programa Abriendo Caminos, y Personas en Situación de Calle (hombres y mujeres mayores de 18 años) beneficiarias de los Programas Calle y Noche Digna; para ambas poblaciones es requisito que presenten alguna problemática o trastorno de salud mental, diagnosticados según criterios clínicos en centros de salud de la Red de Salud. El programa propone un modelo de atención con enfoque comunitario que considera las características y necesidades de este grupo de personas. Los usuarios inscritos en un dispositivo de salud de atención primaria son atendidos por el equipo multiprofesional a cargo del programa, compuesto generalmente por un psicólogo, un terapeuta ocupacional, un asistente social y un médico; quienes realizan una evaluación integral del usuario para posteriormente elaborar un Plan de Intervención Personalizado. Dependiendo de la complejidad del caso, se atiende en Centro de Salud Primaria (CESFAM) o en Centros de Atención de Salud Mental Especializada (COSAM). El Programa incluye atenciones individuales y grupales, visitas, talleres, coordinaciones intersectoriales y gestión de redes a cargo del equipo especializado, y fármacos cuando se requieran. Se atienden problemas o trastornos emocionales depresión, trastorno bipolar, dependencias, esquizofrenia, y algunas demencias en adultos.

---

[6] El Programa lo coordina el Ministerio de Desarrollo Social y lo ejecutan las municipalidades de Recoleta, Colina, Estación Central, Santiago, Maipú, San Joaquín, San Bernardo y Quinta Normal.

La estrategia del Programa Apoyo a la Atención de Salud Mental se inspira en el modelo comunitario de atención en salud mental, de acuerdo a las Normas y Orientaciones Técnicas de Atención en Salud Mental del Ministerio de Salud y cuenta en su diseño metodológico con dos componentes: prestaciones de salud mental y capacitación a los equipos de salud que ejecutan el programa. El componente prestaciones de Salud Mental, desarrollado en los Centros de Atención Primaria, CESFAM, y de Especialidad, COSAM, favorece el refuerzo de estos equipos con la contratación de un equipo multiprofesional (psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, técnico en rehabilitación y trabajador social en general); que entregue, en forma oportuna y pertinente, al menos cuatro atenciones de salud mental mensual por usuario para diagnóstico y tratamiento integral.

Las prestaciones que entrega el Programa son atención médica, psiquiátrica, psicológica, psicoterapia, visita domiciliaria y en punto de calle, intervenciones psicosociales y psicoeducativas, talleres y tratamiento farmacológico en los casos en que sea requerido. El componente capacitación consiste en dos talleres al año, dirigidos a los profesionales de los equipos de salud mental de los dispositivos Atención Primaria en Salud y COSAM que ejecutan el Programa. Se implementan a nivel regional y son de tipo presencial, en el cual se realiza un intercambio de conocimientos e información relevante sobre características psicosociales, enfoque de derechos humanos y determinantes sociales de la salud de las poblaciones que aborda el programa, y que pudieran ser claves en el desarrollo de un modelo de atención comunitaria de salud mental pertinente a las características y necesidades de estos usuarios (as).

3.- MARCO CONCEPTUAL

3.1.- Aproximación conceptual "Personas en Situación de Calle".

Definir qué implica el que una persona se encuentre *en situación de calle*, resulta una tarea compleja, dada la multiplicidad de variables que determinan un problema que es dinámico y de múltiples dimensiones; que trasciende la pobreza material para configurarse como un problema de profunda exclusión social. En un intento por comprender, la investigación ha levantado distinciones que se orientan a caracterizar esta población.

A continuación, se revisa brevemente la conceptualización realizada por una selección de autores relevantes en el desarrollo de esta temática.

Pensar la exclusión social, automáticamente, como condición opuesta a la inclusión, es simplificar el fenómeno. La investigación y el desarrollo teórico refutarían la idea dicotómica de inclusión/exclusión como categorías totales. Philippot et al. (2007), refieren la existencia un continuo entre diversas formas de exclusión social, en que las personas en situación de calle se encontrarían en un extremo de ese continuo. Benveniste (1996; en Philippot et al., 2007), propuso tres gradientes de exclusión social de personas que viven en situación de calle:

(a) las personas que viven en la calle o en estructuras no normativas (personas que están en la calle, que duermen en sus automóviles, en parques, en edificios abandonados o en construcciones precarias no autorizadas);

(b) personas que se encuentran en dependencias comunitarias, como hospederías o en habitaciones individuales en hoteles[7]; y

(c) personas que viven con los padres o amigos, a menudo en condición de hacinamiento o en viviendas

[7] Para el caso de la población nacional, se incluiría en esta categoría diversas alternativas de alojamientos temporales, entre ellos albergues (Plan de Invierno MDS), Centros de Día, Casa compartida, residencias para la Superación.

insalubres.

Por otro lado, Scott (1993; en Philippot et al., 2007), en un intento por definir la situación de calle, identificó tres categorías:
(a) clasificación temporal (crónica, episódica o pasajera);
(b) geográfica, de acuerdo a la localización del individuo (calle, hospedería); y
(c) tipológica, tomando en consideración las características del individuo (enfermedad mental, antecedentes familiares de situación de calle, entre otras.). Según ese autor, esas dimensiones no son independientes una de otras, y todas ellas implican precariedad y grados diversos de exclusión social.

Específicamente respecto de la clasificación temporal de la vida en situación de calle, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2013), describe el siguiente continuo:

1. Situación de calle de transición: primer o segundo episodio de vida de calle, de duración de algunas semanas o meses (menos de un año).
2. Situación de calle episódica: la persona entra y sale en forma repetida de la situación de calle. Entre los episodios de vida de calle, la persona podría tener un alojamiento (en su propia vivienda o en casa de amigos o parientes) y está en alto riesgo de encontrarse en situación de calle nuevamente.
3. Situación de calle crónica: la persona ha estado en situación de calle en forma continua, al menos durante 5 años.

Por otra parte, El Hogar de Cristo (Hogar de Cristo, 2009) y la Red de Organizaciones de Trabajo con Personas en Situación de Calle (RedCalle, 2009), proponen tres ámbitos principales para organizar el análisis y definición de la situación de calle (MDS, 2014):

- Morada o lugar donde pernocta la persona, variando desde quienes pernoctan en la vía pública, quienes lo hacen en refugios, albergues u hospederías (solidarias o comerciales), hasta quienes cuentan con residencia "permanente", aunque en condiciones deficitarias (allegados, en situación de hacinamiento), y que no cuentan con otra alternativa de vivienda.

- Tiempo que se encuentra en situación de calle. Esta puede variar desde algunos días hasta varios años; teniendo consecuencias de diversa magnitud, dependiendo de la extensión de la trayectoria en calle. En este ámbito, se identifican las siguientes categorías:

• Reciente: una o varias estadías que no suman más de tres meses en un año.
• Eventual: de tres a seis meses en un año.
• Ocasional: de seis meses a un año.
• Frecuente: de uno a tres años.
• Habitual: de tres a 5 años.
• Permanente: más de 5 años.

- Situación de exclusión social que incluye los procesos de desvinculación progresiva asociados a la situación de calle, y que incluyen diferentes dimensiones, a saber: sociofamiliar, económica, socio-cultural y política.

El Ministerio de Desarrollo Social (2012), de acuerdo al Decreto 34 de la Ley 20.595 define a las Personas en Situación de Calle del siguiente modo:

- Personas que pernoctan en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura que pueda ser caracterizada como vivienda, aunque esta sea precaria. Esto excluye a las familias y personas que viven en campamentos.
- Personas que, por carecer de un alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencia nocturna —pagando o no por este servicio— en lugares dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares, que brindan albergue temporal. Pertenecen a este grupo quienes alojan en residencias y hospederías, solidarias o comerciales.

Según Hodgetts y otros (2005), la complejidad de definir qué es "situación de calle", se debe a la variedad de factores que la componen, así como los diversos enfoques que desde las políticas públicas se han utilizado para actuar sobre esta realidad. Estos enfoques han transitado desde definirlo como un problema de carácter principalmente habitacional, de personas excluidas que requerían de reinserción, a una aproximación que entiende la situación de calle como un proceso al que se puede entrar y desde el que se puede salir durante varias veces a lo largo de una trayectoria vital. Este proceso se relaciona con la creciente vulnerabilidad de los lazos y prácticas a través de los cuales, las personas forman parte de la sociedad. La revisión de literatura nacional actualizada daría cuenta que, en Chile, existe consenso respecto de la denominación de esta población como “Personas en Situación de Calle”; relevando la idea de circunstancia, de situación transitoria, evitando la calificación de la vivencia como una condición propia del sujeto y la consecuente utilización de apelativos estigmatizadores.

3.2.- Elementos para la comprensión de las causas y mantención de la Situación de Calle.

Como fue señalado anteriormente, la ocurrencia de la situación de calle responde a una multiplicidad de factores de orden individual, familiar, social, económico y cultural; donde las explicaciones que intentan dar respuesta de causalidad lineal al fenómeno resultan erróneas, reduciendo tanto el análisis como las alternativas para abordar el problema. A continuación, se presentan los elementos principales que la literatura especializada ha identificado al momento de explicar las causas y la mantención de la situación de calle.

- **Exclusión Social, Vulnerabilidad y Estigma.**

Durante las últimas décadas se ha usado el concepto de *exclusión social*, como un marco para entender de mejor forma los fenómenos relativos a la pobreza, desde una perspectiva que explique con mayor profundidad sus características y los procesos estructurales que hacen que personas y grupos se encuentren en situaciones de desventaja y precariedad, en relación a los grupos más acomodados y ricos (Subirats, 2004).

Como señala Saravi, “el debate en torno a la exclusión se concentra sobre la emergencia y confluencia de diversos procesos que conducirían al debilitamiento de los lazos que mantienen y definen en una sociedad la condición de pertenencia”. (Saravi, Gonzalo, 2005: 2). Por tanto, la exclusión hace referencia al fracaso de los mecanismos de integración social, que se traducen en **una acumulación de desventajas que deterioran la calidad de vida y oportunidades de desarrollo de las personas y/o grupos**. También es el resultado de situaciones generadas por las desigualdades y características de los sistemas económicos y sociales, que se manifiesta en vulnerabilidades

crecientes a nivel laboral, residencial, económico y cultural. Como señala, Subirats, la exclusión social "no implica únicamente la reproducción de las desigualdades «clásicas», sino que va mucho más allá, contemplando situaciones generadas por la existencia de nuevas fracturas sociales y la ruptura de las coordenadas más básicas de la integración: "la participación en el mercado productivo, el reconocimiento público y la participación política, y la adscripción social y comunitaria que proporcionan la familia y/o las redes sociales" (Subirats, 2004: 18). Para el caso de las personas en situación de calle, a lo anterior se suma el nulo o deficiente acceso a programas y políticas sociales y el estigma asociado a encontrarse "fuera de lugar" (Creswel, 1997). La sumatoria de estos quiebres y desencuentros –la acumulación de desventajas, señalada anteriormente-, impactan negativamente en el sujeto, aumentando aún más la propia vulnerabilidad y vulneración.

En esta línea de análisis, Bustelo y Minujin (1998), identifican cuatro campos de vulnerabilidad que marcan trayectorias hacia la exclusión social: (a) campo económico (ingresos económicos), (b) campo social/institucional (acceso a servicios sociales), (c) campo cultural (redes de apoyo mutuo y participación en proyectos colectivos) y (d) campo político (falta de capacidad/oportunidad para hacer presentes intereses y derechos en el espacio público). La contribución de este planteamiento teórico es que permite **comprender la exclusión y la vulnerabilidad desde una lógica de proceso,** en la que, del mismo modo en que explica la propuesta de Subirat, cada campo; aun siendo distinto, se interrelaciona con el otro.

Los Catastros Nacionales de Personas en Situación de Calle realizados por MDS, resultan fuentes de información valiosa para el análisis y la comprensión de la complejidad de la realidad social de este grupo social y su especial situación de vulnerabilidad. A continuación, se presenta una breve descripción según campo de vulnerabilidad:

a) Campo Económico: las personas en situación de calle tienen, en este campo, uno de los principales factores de vulnerabilidad social, obtienen ingresos muy precarios e inestables en el tiempo, a través de actividades principalmente de carácter informal y, algunas de ellas, propiamente asociadas a la marginalidad (macheteo robos a pequeña escala).
b) Campo Social / institucional: las relaciones con pares o con grupos de personas ubicadas en el entorno inmediato constituyen uno de los principales capitales relacionales de las PSC. Según datos del Catastro de Personas en Situación de Calle del año 2005, un 66%, aproximadamente, habita en la calle con otras personas (hijos/as, familia, pareja, amigos, otros adultos). El contacto con la familia, por otro lado, presenta una situación particular: a más años de permanencia en la calle, menos frecuente y más débil es el contacto. De acuerdo al Catastro del año 2012 el 25,3% de las personas en situación de calle recurren a su familia cuando tienen algún problema o necesitan de algo. Las instituciones con las cuales se relacionan las PSC aparecen como referentes de apoyo específicos ligados a la subsistencia. En el marco del último Catastro un 40.8% de las personas declara recurrir y buscar ayuda en Postas o Centros de Salud, seguidas en un 30.7% y 22.7 % por las Fundaciones u ONG y la Iglesia o Parroquias respectivamente.

c) Campo cultural: indistintamente de las situaciones que precipitan su condición, las personas en situación de calle han desarrollado una trayectoria de vida que en diversos ámbitos, hace evidente una relación discontinua, dinámica y, en ocasiones, de conflicto con el entorno social más próximo o con los sistemas institucionales que

han demarcado una relación más bien compleja con la sociedad. Analizar este campo de la exclusión social desde la realidad de las personas en situación de calle supone considerar, al menos, tres ángulos de aproximación: cómo la sociedad los ve (con desconfianza, indiferencia, compasión, desprecio, prejuicio), cómo las personas en esta situación se ven a sí mismos (diversos, heterogéneos, empeñados en mantener la dignidad, con rectitud moral, subsistiendo, autónomos, "entre la tristeza y la felicidad") y cómo ellos y ellas ven a la sociedad (desconfiada, propietarios de la geografía urbana, discriminadora, excluyente).

La vulnerabilidad hace referencia al riesgo o probabilidad del sujeto de resultar perjudicado o dañado frente a cambios diversos o situaciones no previstas, de este modo, "*la forma de protegerse contra estos sucesos es contando con activos que permitan configurar una malla de prevención, protección o mitigación. Entre estos activos se cuentan el capital humano, el capital social, redes y relaciones sociales, el capital físico o patrimonial, el trabajo y los ingresos*" (Serrano y Raczinsky, 2003, p.15).

La urgencia permanente por la satisfacción de las necesidades básicas implica que las personas en situación de calle pasen gran parte del día orientados a la búsqueda de alimento y lugar para dormir. Según los diversos niveles de desarrollo de recursos personales y sociales que el sujeto alcance, se favorece la elaboración y puesta en marcha de estrategias diversas para satisfacer las necesidades señaladas. Sin embargo, el enorme esfuerzo que implica para la persona este despliegue no resulta suficiente respecto de la proyección de la vida en otras áreas. La intervención social, por lo tanto, debiera orientar su acción hacia la activación, fortalecimiento y despliegue de capitales diversos que faciliten los procesos de recuperación[8] a través de la inclusión social y el bienestar.

Tanto en el origen como en la cronificación de los procesos de exclusión social, el estigma aparece como un elemento de suma importancia. En términos generales, respecto de las personas con consumo problemático de drogas, existe una tendencia a invisibilizar los factores de riesgo, la vulnerabilidad y el contexto en el que se encuentran inmersos, reduciéndolos a una imagen social negativa y arbitraria. En esta línea, el Décimo Primer Estudio de Drogas en Población General realizado por SENDA, incluyó una pregunta relativa a la percepción general respecto de las personas que consumen drogas. Este primer acercamiento dio cuenta de señales evidentes sobre la percepción negativa que existe en la población general respecto de las personas en situación de calle, y el estigma asociado a esta población. El 76,5% de las respuestas corresponde a estigmas, siendo este tipo de respuestas mayoritaria en relación con el 12,3% de recomendaciones y 2,6% de respuestas positivas entregadas por los consultados (SENDA, 2015).

Las personas en situación de calle; definidos históricamente como los "vagabundos", representadas históricamente como sujetos pobres, principalmente varones, mayores de edad –o que aparentan más edad de la que realmente tendrían-, que se mueven fuera de las normas y parámetros del ciudadano común. La existencia de las personas en situación de calle se ha entendido desde una doble perspectiva; por una parte, como sujetos peligrosos, poco confiables y temidos y por otra, como sujetos requirentes de caridad y asistencia (Geremeck, 1998). La serie de atributos asignados resulta de una suerte de prejuicios que definen una categoría particular, una forma específica y predecible de estar en el mundo, la que toma forma en un *estereotipo*.

---

[8] La recuperación se puede definir como un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia o una variación en el patrón de consumo, mejora su salud, su bienestar y su calidad de vida, pero lo más importante, es que implica la búsqueda de que los logros alcanzados durante un proceso de tratamiento se sostengan en el tiempo (SAMHSA, 2011).

Estos procesos estigmatizadores se constituyen en mecanismos de relación preestablecidos, que nos permiten tratar con "otros" sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial (Goffman, 1989). El elemento principal que **define la situación de exclusión del estigmatizado/a se relaciona con la aceptación**. El entorno social que conforman "los incluidos", no logran brindarle el respeto y la consideración que se entrega a un igual. Respecto de las personas en situación de calle; se suma al estigma, las diversas variables de exclusión antes mencionadas, las que toman forma en *barreras de acceso* a bienes, servicios y a la posibilidad de ejercicio de derechos ciudadanos en general.

Los procesos de exclusión identificados anteriormente tomarían cuerpo en lo que el Segundo Catastro Nacional de personas en situación de Calle, identificó como las razones más frecuentes declaradas por las propias personas para iniciar la experiencia de calle:

- Historias de crisis y sucesos estresantes durante la vida: el 83% de las personas en situación de calle experimentó por lo menos un suceso vital estresante antes de cumplir los 18 años, y el 90% ha pasado por uno o más de estos eventos durante su vida adulta.
- Debilitamiento y ruptura de los vínculos familiares: los quiebres a nivel familiar aparecen tras experiencias de violencia, agresión, maltrato, pérdidas, separaciones, entre otras. En el 36,9% de las personas la principal causa de su situación son los problemas con su familia.
- Desvinculación del sistema escolar: el 53% de las personas en situación de calle dejó el colegio a una edad promedio de 12 años, y 4 de cada 10 personas no han terminado la enseñanza básica.
- Incorporación al mundo del trabajo en condiciones de precariedad y desprotección: el 68,3% de las personas trabaja o tiene una actividad que les genera ingresos, cifra que aumenta a 76,4% entre la población adulta. En cuanto a la formalidad de estos trabajos, se observa que solo un 31% de los hombres declara tener algún tipo de contrato en su trabajo, cifra que cae a un 28% en el caso de las mujeres.
- Estadías en Hogares de Menores durante su infancia o adolescencia: 1 de cada 4 de los entrevistados (24,9%) declara haber vivido en un hogar de niños.
- Pobreza material: el 13,8% declaró que la principal causa de su situación correspondía a problemas económicos. Dentro de ello, destaca especialmente la falta de dinero (78%).
- Ausencia de programas de reinserción para personas que han estado privados de libertad o que presentan antecedentes penales: 1 de cada 10 personas catastradas señala que llegó a la calle debido a problemas con la justicia; de ellos, el 50% señala que esos problemas son la presencia de antecedentes penales que impiden su reinserción. Además, el 8% señaló que presentarían una condena pendiente.
- Problemas de salud mental y discapacidades mentales: la tercera causa principal de la situación de calle son los problemas de salud con un 22%. El más frecuente de estos problemas es la discapacidad o enfermedad física permanente (36%), seguido de la discapacidad o enfermedad mental permanente (29%) y de una enfermedad crónica (26%).
- Consumo problemático de alcohol y otras drogas: el 15,5% de las personas encuestadas declara como causa principal de la situación de calle el consumo de alcohol, mientras que el 8,9% declaró como la principal causa al consumo de otras drogas.

➢ **Consumo de drogas, alcohol y la respuesta del sistema socio sanitario como determinante social de la salud.**

Tal como ha sido desarrollado en el apartado anterior, existen varios modelos conceptuales que describen la estrecha

relación entre factores sociales y económicos y la salud y el bienestar de las personas (Marmor, 1994). Ahora bien, el consumo problemático de drogas puede presentarse como un factor que incide tanto en el inicio de la situación de calle de una persona como en la mantención y la cronificación de la misma; ciertamente, aumentado la vulnerabilidad del sujeto. Se ha observado que -en comparación con la población general-, los grupos poblacionales minoritarios y particularmente los grupos de consumidores socioeconómicamente más desventajados, experimentan significativamente más daños y perjuicios en la salud producto del consumo de sustancias (William, 1995). Las condiciones del contexto social, cultural, económico y político impactan de forma diferencial en la vida de los sujetos, tomando forma de *determinantes sociales de la salud*.

A modo de ejemplo; condiciones precarias de habitabilidad-como evidentemente presentan las personas en situación de calle-, aumentan la posibilidad de trasmisión de enfermedades infectocontagiosas; a lo que se suman las dificultades en el acceso a recursos y servicios sanitarios. Se suman el estigma asociado a esta población, los requisitos administrativo-financieros que impone el sistema de atención socio sanitario y el desarrollo insuficiente de competencias técnicas y profesionales para el abordaje de las necesidades específicas de esta población, se constituyen como barreras de acceso que actúan como determinantes sociales de la salud, aportando al impacto negativo en la salud de estas personas.

Los determinantes sociales de salud (DSS) se definen como "las condiciones sociales en las que las personas nacen crecen, viven y envejecen; incluidos los estilos de vida y el sistema de salud" (OMS, 2008). Desde esta perspectiva, las desventajas tienden a concentrarse entre las mismas personas y sus efectos en la salud son acumulativos. Es importante comprender cómo las desigualdades (sociales) en salud tienen una naturaleza estructural, es decir, afectan a todo el gradiente social de la población, pero especialmente a aquellos que se encuentran peor situados en la escala social, como este grupo en particular. Como se mencionó, el sistema de salud se incorpora al modelo como un determinante social más de la salud (OMS, 2008) y la capacidad del sector sanitario para producir salud, se manifiesta a través de las diferencias en la vulnerabilidad, en la exposición y en las consecuencias de la enfermedad que presenta la población respecto de la cual está mandatada a atender. Lo anterior implica la incorporación de una mirada preventiva a la intervención que realizan técnicos y profesionales, representantes del mundo social y/o sanitario**; focalizada en la detección y el abordaje precoz de las necesidades que presenta esta población**; lo que resulta especialmente relevante al considerar la multiplicidad de daños a los que se encuentra expuesta.

El abordaje del consumo problemático de drogas exige la articulación de los equipos de tratamiento con una multiplicidad de servicios sociales y de salud existentes en el espacio local, vincularse e integrarse en red con estos, con objeto de lograr que la atención sea un proceso continuo. Los servicios de tratamiento y rehabilitación deben desempeñar una función esencial en lo que respecta a mitigar el estigma social y la discriminación contra las personas dependientes de sustancias y apoyar los procesos de integración social.

3.3.-Concepto de Recuperación (Recovery) y elementos claves para el Tratamiento desde esta perspectiva.

La Recuperación en el ámbito de la salud mental, puede ser definida como "un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y aumentan su bienestar, viven una vida dirigida por ellos mismos y se esfuerzan por desarrollar su máximo potencial" (SAMHSA, 2013).

Para Anthony (1993), la Recuperación consiste en "un proceso singular, profundamente personal, de cambio en las actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y/o roles. Es una forma de vivir una vida satisfactoria y con esperanza, y contribuir a la vida a pesar de las limitaciones ocasionadas por la enfermedad. Implica el desarrollo de

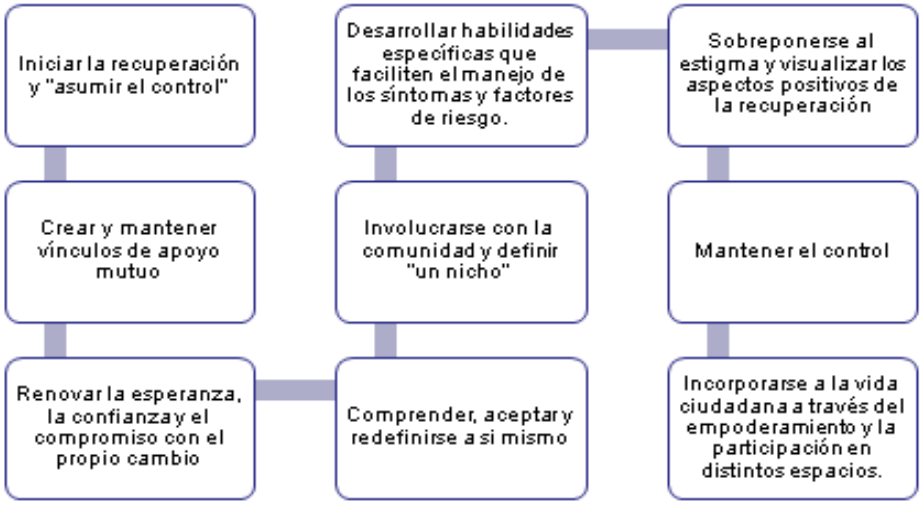
un nuevo significado y un propósito en la vida, a medida que la persona se desarrolla más allá de los efectos catastróficos de una enfermedad mental" (Anthony, 1993, p. 527).

Los estudios sobre los procesos de recuperación han establecido que la recuperación no se da únicamente como resultado de la motivación psicológica (como una disposición generada y mantenida por y desde la persona). Por el contrario, gran parte del impulso y motivación para el cambio están asociados a factores condicionantes en sus entornos sociales que apoyarán dicho cambio. De este modo, **la transformación personal es un producto social** que está fuertemente influenciado por el contexto en el que se encuentra una persona.

Para fomentar y contribuir a la recuperación de la persona que presenta trastorno por uso de sustancias, los/las equipos de tratamiento requieren identificar tanto las necesidades y problemas de la persona que pueden dificultar o impedir su progreso y compromiso con el tratamiento; así como los recursos personales y del contexto que faciliten procesos de integración social y aumenten el bienestar durante y después del tratamiento.

El camino hacia la recuperación implica una serie de "procesos" en diversos ámbitos de desarrollo de la persona y a la apropiación progresiva del control respecto del proceso de recuperación. Estos incluyen el fortalecimiento de las propias capacidades, la renovación permanente del *sentido* que tiene la recuperación para la misma persona y su familia y el ejercicio progresivo de la ciudadanía.

A continuación, se presenta un diagrama que representa estos procesos.



Adaptado de Davison, 2008. En SAMHSA, Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. A Treatment Improvement Protocol, 2013.

Procesos de Recuperación en el Consumo problemático de drogas y otros Trastornos de Salud Mental

El desarrollo de estos procesos de recuperación depende de la existencia de condiciones que actúan como soporte para la recuperación Estas corresponden dimensiones o aspectos básicos que debe ser considerados en la intervención. Las principales dimensiones que sostienen el proceso de recuperación, como indica el SAMHSA, incluyen[9]:

- *Salud*: superando o "manteniendo bajo control" la propia enfermedad (incluidos trastornos por consumo de sustancias y trastornos de salud mental co-ocurrentes), viviendo de una forma física y emocionalmente saludable.
- *Vivienda*: un lugar seguro y estable donde vivir.
- *Propósito*: Implica el desarrollo de actividades diarias significativas para la persona, dentro de las que se podría encontrar el trabajo, la escuela, el ayudar y/o cuidar de otras personas. También se incluye la independencia, el contar con algún ingreso económico y en general recursos que le permitan participar en sociedad.
- *Vida en Comunidad*: vinculación con redes sociales en un intercambio de apoyo concreto (bienes y servicios), amistad, amor y esperanza.

Ahora bien, la evidencia levantada en relación con aquellas prácticas y enfoques que resultan ser más efectivos en la intervención con personas en situación de calle y que presentan consumo problemático, considera una amplia gama de enfoques; la que va desde intervenciones en el ámbito de servicios clínicos de carácter preventivo hasta el apoyo para la integración laboral. Se incluye también la Entrevista Motivacional, el Manejo de Contingencias e Intervenciones Cognitivo-conductuales, viviendas de apoyo y acompañamiento laboral, han sido identificadas como estrategias eficaces y pertinentes respecto de esta población (SAMHSA, 2013).

A continuación, se describen brevemente algunas estrategias que, basadas en la evidencia disponible, se identifican como indicadas para trabajar con esta población:

1.- **Construcción de Planes de Intervención que articulen acciones orientadas al Tratamiento y la Prevención**. La planificación debe ser centrada en la persona; es decir: identificar los servicios que la persona necesita y espera; identificar dónde se encuentran estos servicios y cómo facilitar el acceso a estos; identificar qué profesional del equipo clínico será el encargado del monitoreo individual de los avances y obstáculos en la implementación del plan. El plan deberá considerar las condiciones en las que vive la persona, distinguiendo entre aquellos problemas que pueden ser resueltos, aquellos que pueden ser disminuidos y los que resultan prioritarios para avanzar.

2.- **Manejo de Casos**. Resulta de gran utilidad al momento de identificar las necesidades de intervención prioritarias para una persona, facilita el establecimiento de alianza terapéutica y evita que la persona "se pierda" en una serie de intervenciones psicosociales en las que puede interactuar más de una institución. Para el caso de los equipos de tratamiento, se sugiere que quien asuma este rol, sea quien prioritariamente establezca el vínculo de coordinación directo interinstitucional.

---

[9] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55. HHS Publication No. (SMA) 13-4734. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.

3.- **Viviendas y apoyo (*supportive housing*).** El contar con vivienda de apoyo (hospedería, viviendas de transición y otras), puede impactar positivamente tanto en el logro y mantención de la abstinencia como en la incorporación al ámbito laboral (Milby, Schumacher, Wallace, Freedman y Vuchinich, 2005). Esta estrategia, tal como lo señala su nombre no consiste sólo en facilitar que el sujeto cuente con una vivienda o un lugar adecuado para residir, sino que además implica el despliegue de una serie de intervenciones integrales de apoyo. Estas intervenciones debieran ser otorgadas por una red de profesionales que orientan su acción al abordaje de las problemáticas que incidieron y mantienen la situación de calle; entre ellas, el consumo de drogas.

Las distintas estrategias e intervenciones deben adaptarse a las necesidades y al "momento" en el que se encuentra la persona respecto de la propia trayectoria de recuperación. Así como modelo de Etapas del Cambio de Prochaska, DiClemente, y Norcross (1992), sitúa a la disposición psicológica para el cambio en el centro de las acciones; el *Modelo de Recuperación* de Townsend (2000) identifica objetivos de desarrollo relacionados más estrechamente con la recuperación de la salud mental, el grado y la naturaleza de los vínculos sociales y la relación entre los individuos y los servicios socio sanitarios**.**

El modelo explica el proceso de recuperación de las personas de la siguiente forma:

- Mientras las personas "enganchan" con su proceso de recuperación, transitan por un estado de alta dependencia en relación con los servicios y equipos de tratamiento, de salud en general y otros que se encuentran prestando apoyo. Sin embargo, las personas no son conscientes de esta dependencia.
- A medida que avanzan en el dominio de su propio proceso de recuperación -si bien se mantiene la dependencia respecto del apoyo de otros-, aumenta el nivel de conciencia en relación de esta dependencia.
- Posteriormente, la persona avanza hacia una fase de conciencia e independencia relativa de estas estructuras y actores, para finalmente,
- Transitar hacia una fase caracterizada por el *sentido de interdependencia*, caracterizado por la capacidad de la persona de identificar los propios desafíos y recursos disponibles, tanto personales como sociales, formales e informales. La persona logra identificarse a sí mismo en un rol de contribución al espacio social en el que se desenvuelven.

Desde esta perspectiva, se reconoce el derecho de las personas de vivir en comunidad y elegir el propio estilo de vida; siendo para la intervención un principio básico, el que **la persona dirige y es protagonista de su propio proceso de recuperación.** A partir de lo anterior, resulta fundamental que los proveedores de servicios de salud comprendan la importancia de la pertinencia en las intervenciones que realizan en cada fase de recuperación por la que transita la persona usuaria y presten especial atención a las características del vínculo que establecen con estas, evitando la tendencia a favorecer la dependencia de las personas al equipo o al centro de tratamiento. (Townsend et al., 2000 en SAMHSA, 2013).

La tabla que se presenta en la página siguiente, identifica las funciones y mejores prácticas a implementar por el centro/dispositivo de salud, de acuerdo a la Fase de Recuperación en que se encuentre la persona.

Tareas y Mejores Prácticas del centro/dispositivo de salud según la Fase de Recuperación en que se encuentre de la persona usuaria

Fase	Rol del centro/dispositivo	Mejores Prácticas que facilitan la Recuperación
Dependiente/ "Sin consciencia"	● Demostrar esperanza en la posibilidad de cambio y mejoría de la persona usuaria. ● Promover la auto aceptación y valoración. ● Educar respecto de las problemáticas de salud que presenta la persona y los beneficios de contar con un *plan de recuperación.* ● Vincular a la familia y a servicios/dispositivos de apoyo.	● Construir relación a través de la escucha activa, la valoración y reconocimiento de la persona usuaria. ● Colaborar con la persona para que esta logre aprender cómo mejorar su salud. ● Construir relación con la familia de la persona usuaria y otros significativos. ● Vincular a la persona con servicios y beneficios
Dependiente/ "con Consciencia"	● Trabajar la preparación para hacer elecciones acerca de la propia vida (objetivos, roles) ● Educar a la familia y otros significativos que acompañan el tratamiento, respecto de las posibilidades de apoyo concreto. ● Ofrecer apoyo en la elaboración de un *plan de recuperación.*	● Vincular a la persona con distintas instancias que aporten a la satisfacción de múltiples necesidades. ● Educar acerca de los hábitos que resultan problemáticos para la salud, así como en habilidades de afrontamiento relevantes. ● Apoyar en la definición de objetivos y metas orientadas al bienestar y la mejora en la calidad de vida de la persona
Independiente/ "con Consciencia"	● Apoyar en el desarrollo de objetivos y metas. ● Apoyar a las personas en el despliegue de estrategias de afrontamiento para lidiar con síntomas y situaciones estresantes. ● Apoyar en el manejo de los fármacos y en la implementación del *plan de recuperación* ● Movilizar el apoyo familiar y de otros significativos.	● Apoyar en la vinculación con recursos comunitarios (servicios sociales, salud, ocupacionales y de participación social en general). ● Trabajar en el marco del *plan de recuperación*, estrategias específicas de apoyo a la recuperación, desarrollo de habilidades y estrategias de afrontamiento y diseño e implementación de un plan de abordaje de crisis.
Interdependiente/ "con Consciencia"	● Trabajar con las personas y el sistema de apoyo, generando el soporte necesario para la obtención de metas y objetivos personales. ● Apoyar en el uso de recursos comunitarios. ● Revisar regularmente el plan de recuperación ● Apoyar la interdependencia con la comunidad	● Apoyo continuo en el proceso de recuperación (monitoreo, orientación y apoyo oportuno y pertinente). ● Facilitar uso de recursos comunitarios. ● Promover la participación de la persona usuaria en actividades en la comunidad.

Adaptado de Townsend et al., 2000 en SAMHSA, 2013.

4.-PROGRAMA DE TRATAMIENTO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

4.1.- Objetivo General

Otorgar Tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas a personas que se encuentran en situación de calle[10] a través de una serie de intervenciones especializadas, y en articulación con los servicios y programas disponibles para esta población en el territorio, aportando al proceso de Recuperación y bienestar de las personas usuarias.

4.2.- Objetivos Específicos

- Acompañar el proceso de motivación al cambio terapéutico.
- Intervenir terapéuticamente en los factores que facilitan y mantienen el consumo de drogas.
- Fortalecer factores protectores e intervenir factores de riesgo que impactan en el bienestar de la persona.
- Facilitar la vinculación de las personas usuarias a la red local de servicios socio sanitarios.
- Establecer y desarrollar coordinaciones interinstitucionales para el trabajo complementario e integrado.
- Definir e implementar acciones de monitoreo del avance en el proceso terapéutico y evaluación al egreso.
- Definir e implementar estrategias de intervención orientadas al fortalecimiento y mantención de logros terapéuticos.

4.3.- Criterios de Inclusión al Programa

- Persona mayor de 18 años.
- Persona que presente consumo problemático (Consumo perjudicial o dependencia) de alcohol y otras drogas y se encuentre en situación de calle.

4.3.1.- Vías de Ingreso:

- Persona vinculada a Programas para personas en situación de calle del Ministerio de Desarrollo Social (criterio no excluyente).
- Persona derivada desde otros dispositivos de la red de salud.
- Persona que solicita ingreso por demanda espontánea.

4.4.- Equipo Técnico Clínico

4.4.1.- Competencias Generales del Equipo Clínico.

El Plan Ambulatorio Comunitario contempla la conformación de un equipo técnico clínico, multidisciplinario, especializado en la comprensión y el abordaje de problemas y trastornos de salud mental con énfasis en el consumo problemático de drogas en contextos de alta vulnerabilidad social.

---

[10] De acuerdo a la definición establecida por el Ministerio de Desarrollo Social.

El perfil del equipo de tratamiento para personas en situación de calle considera en su definición competencias para la intervención desde un enfoque territorial y comunitario, dado que la instalación en la comunidad, en coordinación con los distintos actores locales que intervienen en el territorio resulta fundamental. Se espera que la intervención se desarrolle en el espacio local en el que las personas usuarias se encuentran, presentando capacidad para flexibilizar y adecuar las estrategias y metodologías a las características de la población. A esto se suma una serie de conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren la entrega de un servicio de *carácter integral*; en consideración de la multiplicidad de ámbitos de intervención requeridos por la persona *e integrado*; respecto de los programas de apoyo social disponibles para esta población.

A continuación, se identifican algunas de las competencias básicas y que debieran estar presentes en todo el equipo de tratamiento para personas que se encuentran en situación de calle (SAMHSA, 2013):

<u>Conocimientos</u>

- Situación de Calle: conocer el impacto que tiene en las personas y familias, así como esta actúa a modo de barrera de acceso a otros servicios (de salud mental y tratamiento de drogas, entre otros).
- Relación entre situación de calle, consumo de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental. Conocer cómo interactúan estas variables, limitando las oportunidades de cambio y crecimiento de la persona.
- Conocer respecto de la probabilidad de enfermedades –comorbilidad- física y la importancia de su abordaje.
- Conocer de la posible existencia de trauma físico y sexual y cómo, de no ser abordado, éste limita las oportunidades de recuperación de la persona.
- Conocer los recursos y servicios locales disponibles y cómo facilitar el que las personas usuarias accedan a ellos. Incluidos servicios de hospedería, viviendas de apoyo y otros.
- Conocer cómo el hecho de tener un consumo problemático u otro trastorno de salud mental puede afectar la capacidad de desarrollar relaciones de confianza.

<u>Habilidades</u>

- Técnicas y estrategias que faciliten la construcción de alianza terapéutica, y estrategias para la identificación y desarrollo de las potencialidades y recursos de las personas usuarias.
- Habilidades para realizar evaluación inicial de necesidades de tratamiento y otras.
- Reconocer los efectos del trauma psicológico en la confianza, la capacidad para perseverar y aceptar ayuda de otros y otras dinámicas personales e interpersonales de importancia en los procesos de recuperación.
- Apoyar los cambios iniciales (ingresar a tratamiento, obtener hospedaje temporal, vincularse con sistema de salud, entre otros).
- Desarrollar planes de intervención centrados en la persona; incluyendo la evaluación integral de necesidades y recursos para el tratamiento, así como la incorporación de estrategias para el desarrollo de habilidades ocupacionales que faciliten procesos de integración social.
- Estrategias que aumenten la retención y adherencia de la persona usuaria al tratamiento, manteniendo la motivación y la esperanza y apoyando a la persona usuaria a hacer frente a los obstáculos que surjan en el proceso de recuperación.

- Elaboración de planes de intervención realistas, construidos con la persona usuaria[11].
- Registrar y sistematizar: Mantener un registro permanente de las acciones realizadas y resultados alcanzados, para evaluar y tomar decisiones.

Actitudes

- En contextos de intervención con sujetos que presentan alta vulnerabilidad y sufrimiento; es importante reconocer, aceptar y trabajar las propias emociones vinculadas a la intervención.
- Acercarse a las personas usuarias al lugar en el que estas se encuentran. Las personas en situación de calle usualmente no concurren a las convocatorias territoriales o a los llamados a inscribirse a un determinado programa, por lo que resulta indispensable salir a buscarlos de manera activa, atendiendo a los horarios y lugares en los que es posible encontrarlas. Con este fin, habrá que utilizar todos los medios disponibles; y en esta búsqueda, iniciar el proceso de vínculo. Durante este proceso, es central que la vinculación se produzca en base a la preocupación y valoración genuina del equipo respecto de la persona.
- Aceptar que las personas definen las propias trayectorias de recuperación, aunque en ocasiones estas elecciones puedan parecer no ser las más apropiadas.
- Confiar en que los cambios comenzarán con pequeños avances, los que progresivamente podrían implicar cambios más profundos. Proponer algún paso, avance, objetivo, actividad supone procurar en todo momento la explicitación de responsabilidades compartidas en base a acuerdos concretos que surjan de la relación, resguardando la autonomía de las personas.
- Reconocer y valorar que la intervención con personas que se encuentran en situación de calle y presentan consumo problemático, requiere de la colaboración y el trabajo integrado de un amplio rango de servicios, equipos y recursos.
- Relación dirigida: La presencia se orienta hacia el logro de un objetivo. El acercamiento siempre está precedido de una intencionalidad.
- Demostrar interés y escuchar activamente: Permanecer atento(a) a lo que le esté ocurriendo a la persona.
- Explorar sentimientos, frustraciones y motivaciones de la persona.

4.4.2.- Conformación del Equipo Técnico Clínico (Horas propuestas totales para programas con 15 a 20 usuarios/as).

Integrantes del Equipo	**Total de Horas Semanales por 15 a 20 personas usuarias del PAC - PSC**
Médico Psiquiatra y/o Médico general o Familiar con	3 - 6

[11] Se sugiere revisar documento técnico: "Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individual (PTI), elaborado por el Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA. Material disponible en http://www.senda.gob.cl/tratamiento/recursos-tratamiento/

formación en salud mental	
Psicólogo/a	33 - 44
Trabajador/a Social	33 - 44
Técnico en Rehabilitación [1]	44
Terapeuta Ocupacional	12-15

4.4.3.- Definición de Roles y Funciones y responsabilidades del Equipo Técnico Clínico, según cargo.

A continuación, se presenta una breve descripción del rol según profesional/técnico integrante del equipo y se identifican las funciones y responsabilidades básicas, asociadas al cargo.

- Coordinador/a del Programa

Profesional del área salud mental, responsable de la organización interna del equipo y la gestión técnica y administrativa del Programa.

<u>Funciones y responsabilidades:</u>

a) Coordinar la planificación, ejecución y evaluación del Programa, en coordinación con el equipo de trabajo, atendiendo a los lineamientos técnicos y administrativos de SENDA y de la propia institución ejecutora.
b) Planificar y dirigir reuniones de equipo de carácter técnico clínico.
c) Monitorear el registro oportuno de prestaciones individuales en SISTRAT, así como la coherencia entre el registro y la Ficha Clínica Individual.
d) Velar por la calidad de la atención en los distintos niveles en que esta se expresa (desarrollo de competencias técnicas del equipo profesional; aspectos relativos a la infraestructura y equipamiento disponible para la atención y otras actividades del equipo; respeto por los derechos de usuarios/as en todos los ámbitos de intervenciones terapéuticas; dirigir el diseño, gestión y evaluación de la implementación de protocolos; entre otros aspectos.

e) Velar por la correcta implementación de acciones y estrategias de cuidado del equipo técnico. f) Representar al Programa en instancias de coordinación regional (mesas de trabajo, reuniones intersectoriales, entre otras).

- Trabajador/a Social

Profesional titulado de trabajador/a o asistente social, con conocimientos y experiencia de intervención con personas que presentan consumo problemático de drogas y se encuentran en situación de calle, situación de exclusión o alta vulnerabilidad social. Las acciones a desarrollar por el trabajador social se relacionan principalmente con todas aquellas destinadas a facilitar procesos de vinculación y acceso de la persona usuaria a bienes y servicios disponibles en el espacio local. Esta labor, se deberá desarrollar en estrecha relación con equipos psicosociales MDS u otros.

Funciones y responsabilidades:

a) Participar en reuniones de equipo
b) Evaluación de recursos, fortalezas y necesidades de la persona usuaria, para la integración social.
c) A partir de lo anterior, Participar en proceso de Evaluación Integral.
d) Gestión de la red social de apoyo.
e) Encargado de la coordinación general con equipos psicosociales de MDS y otros.
f) Intervenir en el ámbito de fortalecimiento de los recursos y destrezas de la persona usuaria.
g) Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos clínicos.
h) Actualización periódica del catastro de Instituciones y organizaciones de la red local de apoyo. i) Colaborar en conjunto con el equipo y la persona usuaria en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual (PTI), su implementación y evaluación.

- Psicólogo/a

Profesional titulado de psicólogo/a con conocimientos y experiencia de intervención con personas que presentan consumo problemático de drogas y se encuentran en situación de calle, situación de exclusión o alta vulnerabilidad social.

Funciones y responsabilidades:

a) Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos clínicos
b) Participar en proceso de Evaluación Integral
c) Diseño e implementación de estrategias e intervenciones psicoterapéuticas.
d) Intervenir en el ámbito de fortalecimiento de los recursos y destrezas de la persona usuaria
e) Colaborar en conjunto con el equipo y la persona usuaria en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual (PTI), su implementación y evaluación.

- Médico Psiquiatra o Médico General o Familiar

Profesional titulado de médico psiquiatra, médico familiar o médico general, con conocimientos y experiencia de intervención con personas que presentan consumo problemático de drogas y se encuentran en situación de calle,

situación de exclusión o alta vulnerabilidad social, de orientación comunitaria. Se define como el profesional encargado de la evaluación e intervención biomédica.

Funciones y responsabilidades:

a) Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos clínicos
b) Realizar evaluación médica física y de salud mental
c) Participar en proceso de Evaluación Integral
d) Realizar derivaciones a dispositivos sanitarios (tanto de salud física como mental) según se estime pertinente y necesario (APS, Salud secundaria, UHCIP, otras)
e) Otorgar atención médica según lo indique el PTI.
f) Monitorear el avance en el proceso de recuperación físico y psiquiátrico.
g) Colaborar en conjunto con el equipo y la persona usuaria en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual (PTI), su implementación y evaluación.

- Técnico

Técnico titulado como técnico profesional del área salud, salud mental o psicosocial (técnico social, técnico en rehabilitación u otro) con conocimientos y experiencia de intervención con personas que presentan consumo problemático de drogas y se encuentran en situación de calle, situación de exclusión o alta vulnerabilidad social.

Funciones y responsabilidades:

a) Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos clínicos
b) Participar en acciones de rescate.
c) Implementar estrategias y acciones orientadas a facilitar cambio terapéutico de las personas usuarias.
d) Colaborar en conjunto con el equipo y la persona usuaria en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual (PTI), su implementación y evaluación.

- Terapeuta Ocupacional

Profesional titulado de Terapeuta Ocupacional con conocimientos y experiencia de intervención con personas que presentan consumo problemático de drogas y situación de calle, se encuentran en situación de exclusión o alta vulnerabilidad social.

Funciones y responsabilidades:

a) Participar en reuniones de equipo y de análisis de casos clínicos.
b) Participar en proceso de evaluación integral y definición de objetivos de intervención en PTI.
c) Diseño e implementación de estrategias orientadas al desarrollo de habilidades y competencias que favorezcan el proceso de integración socio ocupacional de la persona usuaria.
d) Colaborar en conjunto con el equipo y la persona usuaria en la elaboración del Plan de Tratamiento Individual (PTI), su implementación y evaluación.

4.4.4.- Autocuidado y Cuidado de Equipos

La intervención de orden psicosocial con personas en situación de alta vulnerabilidad, demanda al equipo de intervención una serie de competencias, que como ha sido revisado en el punto anterior, no sólo se relacionan con el conocimiento específico respecto de la temática, sino que también con una gama de actitudes y habilidades que exigen del especial cuidado de la persona del terapeuta.

Como señala Barudy, la necesidad de auto cuidado profesional es fundamental para cualquier intervención que se declare adecuada en relación a la protección, "por lo que se debe considerar un dispositivo para despertar, promover, mantener y tejer la implicación, ética y política de los profesionales". (Barudy, 1999; en Santana, 2004, p. 5)

Ambientes poco saludables, temas difíciles que implican sufrimiento psicológico de quienes intervienen directamente y climas o dinámicas tóxicas de equipo, aumentan los niveles de riesgo de técnicos y profesionales. Si bien es cierto, el autocuidado[12] cobra especial relevancia –en tanto la persona es responsable de su propio cuidado y las estrategias que despliega para esto-, al poner el foco en las temáticas y condiciones laborales, la responsabilidad de resolverlo no recae solo en los técnicos y profesionales, sino en el equipo mismo y en la institución en la cual trabajan (Niveles de responsabilidad del Auto Cuidado, en Barudy, 1999).

Es importante identificar aquellos aspectos que resultan potencialmente dañinos en distintos niveles de la estructura, organización y dinámica del quehacer institucional. Entre ellos destacan: Estilos de liderazgo autoritario, "soledad" frente a situaciones que constituyen dilemas éticos y decisiones difíciles; escasas herramientas para la intervención en crisis; necesidades de capacitación y especialización respecto de la población a atender; inexistencia o inadecuación de protocolos, condiciones de infraestructura y equipamiento insuficientes, por mencionar algunos elementos.

Específicamente en relación con las necesidades de cuidado de equipo en el ámbito del tratamiento con personas en situación de calle; a partir de la experiencia de intervención directa de técnicos y profesionales levantada en Jornada de Trabajo (diciembre 2017), se identifican riesgos diversos, en tanto situaciones que relacionadas directamente con la intervención que afectan negativamente el bienestar de los equipos y la calidad de la intervención. También se identifican estrategias y acciones específicas orientadas a la prevención del desgaste (agotamiento) y el daño profesional. Entre estos, se identifican:

- **Necesidades de cuidado y otras situaciones que impactan negativamente en los equipos y en la calidad de la atención:**

  - Riesgo de contagio de enfermedades infectocontagiosas (entre ellas tuberculosis, pediculosis,COVID y otras); agresiones (verbales y físicas),
  - Barreras de acceso presentes en dispositivos de atención, las que dificultan el avance en el logro de objetivos terapéuticos que exigen del trabajo intersectorial,

[12] El autocuidado se entiende como "el conjunto de estrategias de afrontamiento que pueden implementar...(terapeutas)... para prevenir déficit y propiciar o fortalecer su bienestar integral (...) en las áreas: físicas, emocionales y psico espirituales" (Murillo, 2001, p. 2).

- Necesidades respecto del desarrollo de competencias técnico-clínicas y de disponibilidad de recursos locales para la atención de personas usuarias con necesidades particularmente complejas de atención (trastornos de salud mental concurrentes y otros relacionados con el deterioro cognitivo, por ejemplo); Atención permanente de "situaciones en crisis".
- También se identifican aspectos del ámbito subjetivo, de profunda significancia para quien interviene: necesidad de contar con herramientas para evitar la "sobre vinculación" (cómo intervenir cuidadosamente respecto del otro y respecto de sí mismo);
- Se observan también aspectos organizacionales que resultan de relevancia, tales como: condiciones contractuales y de protección laboral deficitarias, escasas posibilidades de formación y capacitación, necesidades en el ámbito de infraestructura y equipamiento adecuadas tanto para reuniones y trabajo administrativo del equipo como para atender a las personas usuarias y familias, cuando el desarrollo de la intervención así lo indique. Se consideran en este ámbito: sala de espera, salas de atención, espacio para reuniones de equipo, baños adecuados, cocina, otros, así como la implementación de la mejor calidad posible (sillas, sillones cómodos, privacidad, iluminación y calefacción adecuada, entre otros elementos.

- **Estrategias y acciones**

Reconociendo que el trabajo resulta de alta complejidad, es fundamental la implementación de actividades/acciones de capacitación y formación continua de los equipos.

Contar con implementos de seguridad y ropa adecuada (disponibilidad de alcohol gel, bloqueador solar; contar con ropa "primera capa", ropa de abrigo o específica para el trabajo en terreno dependiendo de las condiciones climáticas)

Contar con tarjeta de identificación u otro visible[13].

Incorporar prácticas de convivencia de equipo, orientadas a fortalecer la confianza, el respeto, el reconocimiento y cuidado entre los miembros del equipo (compartir alguna comida juntos y conversar de temas cotidianos; realizar intervenciones en duplas, establecer espacios organizados para la discusión de casos clínicos, entre otras).

Desarrollo de protocolos de intervención que regulen la intervención. Entre los procedimientos a formalizar se encuentran: Protocolos para la intervención en terreno, Protocolos de intervención en crisis (descompensación psiquiátrica, Intento de autoeliminación, entre otros) y otros. Desde la lógica de la *mejora continua*, la evaluación de la implementación y ajustes de los protocolos resulta fundamental.

Ahora bien, respecto del abordaje de estas necesidades, Aaron y Llanos (Arón, A.M. y Llanos, M.T. ,2004), identificaron y describieron distintos niveles en el desarrollo de equipos de trabajo que incorporan el propio cuidado

[13] Es importante señalar que la Ley 20.584 (abril, 2012), específicamente en el párrafo 4, Artículo 9º, indica al respecto, lo siguiente: "Toda persona tiene derecho a que todos y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiendan tengan algún sistema visible de identificación personal, incluyendo la función que desempeñan, así como a saber quién autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

Se entenderá que el equipo de salud comprende todo individuo que actúe como miembro de un equipo de personas, que tiene la función de realizar algún tipo de atención o prestación de salud. Lo anterior incluye a profesionales y no profesionales, tanto del área de la salud como de otras que tengan participación en el quehacer de salud".

como un aspecto más a considerar, entre todos aquellos relacionados con la calidad del servicio prestado. Las autoras identifican los siguientes niveles:

- **Niveles de Cuidado**

1) Nivel individual: Este nivel implica desarrollar individualmente capacidades; autoconocimiento y la búsqueda activa de condiciones de bienestar. Cada profesional, debe ser capaz de: evitar la saturación de las redes personales; movilizarse respecto de la propia formación; registrar oportunamente y visibilizar malestares en el ámbito profesional, colaborar con el desarrollo de relaciones de confianza y colaboración entre los miembros del equipo.
2) A nivel de la institución/coordinación: Este segundo nivel de cuidado, cobra especial relevancia el desarrollo de habilidades directivas de quienes dirigen los programas y equipos, implicando: Fomentar la resolución de conflictos que incluya estrategias de colaboración y compromiso; generar rituales de incorporación y de despedida; definir canales de comunicación claros, oportunos y pertinentes para evitar riesgos psicológicos, físicos y emocionales en los terapeutas, de modo tal que permita pedir ayuda oportuna al área correspondiente de la institución; propiciar estilos de supervisión fortalecedores de los recursos personales; propiciar estilos de liderazgo centrados en la persona y la tarea; generar espacios de conversación y encuentro para el mutuo conocimiento y contención emocional. Respecto de la organización/institución se esperaría: asegurar las condiciones mínimas de resguardo de la integridad personal en el trabajo (considerar, por ejemplo, estrategias de visita domiciliarias o en terreno en dupla), disponer para el equipo de tratamiento de un espacio físico adecuado para el ejercicio de su labor, evaluación y organización de jornadas laborales razonables, facilitar la articulación intersectorial. También se esperaría de la organización el facilitar y asegurar espacios de vaciamiento y descompresión en relación a los casos y las problemáticas recibidas, así como facilitar la implementación de actividades de cuidado de equipo de forma estructurada y sistemática.
3) A nivel de redes de trabajo conjunto; se considera como ejemplo, la activación y fortalecimiento de redes de apoyo profesional, la realización de derivaciones asistidas (vinculadas y vinculantes), la generación de instancias de descompresión y retroalimentación a nivel de redes; la organización de equipos recíprocos de consultoría externa e intervención en crisis para los profesionales de la red.

Considerando lo anterior, se espera que cada Equipo ejecutor del PAC, diseñe, ejecute y monitoree el avance de un **Programa Anual de Cuidado de Equipo que le resulte propio**, adecuado al diagnóstico de necesidades de cuidado detectada, así como a los recursos disponibles. Fundamental resulta la participación activa y mutua colaboración entre la institución (organismos públicos y privados) y el equipo que ejecuta el programa. El Programa a desarrollar deberá contemplar los siguientes elementos mínimos:

- Diagnóstico General de necesidades, intereses y recursos para el cuidado del equipo
- Objetivos del Programa de Cuidado de Equipo.
- Sesiones estructuradas en el período de 1 año, distintas a actividades recreativas.
- Desarrollo de estrategias para favorecer el cuidado del equipo en los siguientes ámbitos: persona del terapeuta, equipo y organización. Se pueden contemplar elementos diversos tales como desarrollo de habilidades para la resolución de conflictos, estrategias comunicacionales, formación en temas técnicos específicos, entre otros que respondan a las necesidades particulares de cuidado del equipo
- Considerar actividad/es recreativa/s.

Finalmente, uno de los principios centrales que atraviesan la intervención en el ámbito de la salud es el reconocimiento de la dignidad de las personas. Lo anterior exige la adopción del *paradigma del cuidado* como soporte de la implementación del programa, permeando sus dinámicas y prácticas.

4.5.- Enfoques metodológicos y estrategias para la Intervención con Personas en Situación de Calle y presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas.

4.5.1.- Enfoques Metodológicos

- **Enfoque Comunitario.**

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

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

La unidad operativa es el territorio o comunidad en la que se interviene, por lo que el equipo deberá movilizarse a los diferentes lugares donde se encuentra esta población, entregando atención terapéutica a las personas, bien sea en los espacios comunitarios disponibles para ello (casas de acogida, centros comunitarios, centro de salud, sedes vecinales u otros) o en los propios lugares en los cuales se encuentran o viven (calle, hospedería, rucos, otros). Las intervenciones deberán coordinarse en terreno tanto con las personas usuarias del programa como con los agentes sociales correspondientes.

- **Enfoque de Restitución de Derechos.**

Las características de las personas a quienes va orientado este programa se caracterizan por presentar un proyecto de vida que ha sido interferido por contextos adversos que se traducen en historia de ruptura de lazos familiares, carencias afectivas, daños psicosociales, detención del proceso educativo formal, y ubicación en un contexto donde las sustancias psicotrópicas cumplen una función importante en la forma y estilo de vida. Esta vulneración de derechos y ausencia de oportunidades afectarían distintos ámbitos de la vida de las personas. El enfoque de restitución de derechos apunta justamente a la detección e intervención en estos ámbitos de necesidad. La resignificación de las

experiencias vividas contribuirá a la mitigación o superación de los daños. Considerar que un elemento que reviste un punto crucial en la intervención es la necesidad de contar con un lugar seguro donde vivir, contar con abrigo y alimentación, higiene. La satisfacción de las necesidades básica de la persona debiera ser considerada como parte de los objetivos de intervención y por lo tanto un aspecto central a trabajar con la persona usuaria. El avance en el logro de objetivos que apuntan a este nivel de necesidad exige de la articulación con los programas sociales correspondientes y disponibles en el espacio local.

Resulta de suma importancia comprender que las necesidades básicas y de protección, si bien prioritarias, no son las únicas a considerar. De hecho, mientras que el circuito socio-asistencial se organiza principalmente a partir de ofrecer cuidados materiales para necesidades que efectivamente tienen las personas en situación de calle (vestido, alimentación, higiene, descanso, etc.), quienes están en situación de calle expresan necesitar ser escuchados y generar nuevos vínculos (Di Iori, Seidmann, Gueglio y Rigueiral, 2016). El reconocimiento del potencial de cada persona para el propio cambio y bienestar, junto con una intervención que promueva la participación efectiva de las personas en el espacio social, posibilita la construcción de alianza terapéutica, reduciendo las relaciones de asimetría y asistencialismo.

- **Enfoque Transteórico del Cambio**.

Este enfoque, generado por Prochaska y DiClemente, parte del análisis de los cambios que se producen en el desarrollo de un proceso de cambio de comportamiento, con o sin ayuda de psicoterapia. Desde esta propuesta se considera que los esfuerzos de las intervenciones terapéuticas deben ir dirigidas a: conocer cuándo las personas se deciden a realizar cambios que modifican sus conductas, cómo se realizan estos cambios y qué es lo que necesitan cambiar las personas para superar sus problemas.

Lo que se pretende es cubrir globalmente todo el proceso de cambio, desde que una persona advierte su problema de consumo (o la conducta que se necesario cambiar), hasta que ese problema deja de existir. Es un modelo tridimensional que integra estadios (cómo es la secuencia de cambio), procesos (cuáles son los procesos subyacentes al cambio) y niveles de cambio (a qué niveles afecta la conducta problema y dónde debe dirigirse la intervención). La importancia del modelo en la práctica clínica es el acento sobre la dimensión temporal en el proceso de cambio. No sólo se trata de considerar si una intervención es adecuada en sí misma, sino que también se debe considerar si esta intervención se adecúa al momento temporal (estadio) en el que se encuentra la persona usuaria, reconociendo los procesos cognitivos y conductuales que subyacen al proceso de cambio.

- **Enfoque de Bajo Umbral.**

Este enfoque y estrategias surgen como una alternativa a enfoques de alta exigencia que resultan difíciles de aplicar en contextos de alta vulneración social. El enfoque de bajo umbral se considera de baja exigencia pues no sitúan a la abstinencia como requisito o condición previa para recibir tratamiento. Trabajar desde este enfoque implica no condicionar el acompañamiento en calle a la demanda por tratamiento, aun cuando este representa un objetivo fundamental de la relación. La incorporación de este enfoque en la intervención con personas en situación de calle y consumo problemático de drogas considera importantes los siguientes aspectos:

- Reducción de Estigma: En tanto surge como oposición a la mirada moralista que puede etiquetar a la persona que consume sustancias como criminal o bien como paciente con una enfermedad incurable sobre la base

de su consumo de drogas. Propone una mirada comprensiva de la persona más allá de identificar la sustancia de abuso.

- Conductas de riesgo asociadas: El consumo de drogas puede estar asociado a prácticas sexuales no protegidas, ambas conductas entendidas desde este enfoque bajo umbral y reducción del daño, como respuestas de afrontamiento poco apropiadas y no como indicadores de enfermedad, recordando que tanto la conducta de consumo de drogas y las conductas sexuales riesgosas forman parte del estilo de vida. Cuando se asocian ambas conductas se propone fomentar el desarrollo de habilidades de afrontamiento más adaptativas con mecanismos de apoyo social.

- **Enfoque Bio Psico social.**

Se refiere a comprender el proceso de intervención desde una mirada que recoja y busque comprender el conjunto de factores o condiciones que impulsan el consumo de drogas, las áreas de la vida de las personas afectadas y las múltiples necesidades de intervención: **"**Para que el tratamiento sea eficaz, debe no solo abordar el problema del abuso de drogas de la persona, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que tenga. Igualmente, es importante que el tratamiento sea apropiado para la edad, sexo, grupo étnico y cultura de cada paciente" (NIDA, 2012). Se trata de integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones de salud, de formación, psicológicas y sociales desarrolladas por el equipo terapéutico o bien por equipos distintos que intervienen con la misma persona. Implica planificar el tratamiento y rehabilitación de forma integral, contando con todos los recursos existentes, enlazándolos y coordinándolos sin disociar funciones artificialmente y manteniendo un enfoque comprensivo del fenómeno de consumo. Lo anterior implica abordar de forma integrada aspectos relacionados con la recuperación del bienestar de la salud mental, física y espiritual[14](significado y propósito de la vida) potenciando la integración social, la ocupación, y considerando aspectos recreativos. Para efectos del programa de tratamiento con personas en situación de calle, se identifican estrategias a implementar desde distintos ámbitos y con distintos actores.

- **Enfoque Preventivo**

Podría resultar extraño plantear la posibilidad de intervenir preventivamente con personas que se encuentran en situaciones de altísima vulnerabilidad, exclusión y necesidades de intervención caracterizadas por la urgencia. Sin embargo, persiste la posibilidad de que el deterioro en diversos aspectos de la vida se profundice y amplíe. La detección e intervención temprana de estas situaciones constituye un mandato ético, que exige a los equipos de tratamiento la incorporación del enfoque preventivo en la intervención.

De este modo, la identificación temprana de necesidades diversas, la realización de intervenciones breves, el desarrollo de habilidades (de afrontamiento, manejo de la ira, parentalidad, entre otras), y la atención temprana de

[14] La dimensión espiritual del bienestar, se entiende como un concepto amplio, "…que representa los valores y las creencias personales e implica tener un significado, propósito y un sentido de equilibrio y paz. Esta dimensión incluye: reconocer que buscamos un sentido y un propósito en la existencia humana y tener una apreciación por la vida y los recursos naturales que existen en el universo" (SAMHSA, 2016). Más información en www.samhsa.gov/wellnes-intiative

riesgos o necesidades de salud física (salud dental, prevención de enfermedades infectocontagiosas), o de recreación y participación comunitaria resultan estrategias que deben ser consideradas.

- **Enfoque de Curso de Vida**

Estrechamente relacionado con el enfoque anterior, el enfoque de Curso de Vida tiene por objetivo explicar la vinculación existente entre la exposición a riesgos a lo largo del curso de vida y sus efectos posteriores en la salud (Kuh et al., 2003). En este enfoque se distinguen dos perspectivas:

La primera perspectiva, asume que la vida de las personas es configurada por el paso del tiempo y por la secuencia de eventos vitales y la exposición a diversas influencias físicas y sociales (Alwin (2016). En esta perspectiva, el desarrollo humano es concebido como un proceso de transacciones organismo−ambiente a través del tiempo, en el cual el organismo tiene un rol activo en la configuración de su propio desarrollo; el cuso del desarrollo está inmerso en un sistema dinámico de intercambios sociales e interdependencia entre y dentro de niveles (Elder y Shanahan, 2006). Desde esta perspectiva, se han descrito los siguientes principios del desarrollo de las personas:

- El desarrollo y el envejecimiento son procesos a lo largo de la vida.
- Los individuos construyen su propio curso de vida a través de elecciones y acciones que toman dentro de las oportunidades y limitaciones de la historia y las circunstancias sociales.
- Los antecedentes del desarrollo y las consecuencias de las transiciones en la vida, los eventos y pautas de comportamiento, varían de acuerdo al momento en que ocurren en un curso de vida.
- Las vidas son vividas en forma interdependiente y las influencias sociales e históricas son expresadas a través de esta red de relaciones compartidas.
- El curso de vida individual está inmerso en y es configurado por los tiempos históricos y lugares a través de lo largo de la vida.

La segunda perspectiva, el enfoque del Curso de vida de la epidemiología de las enfermedades crónicas, fue desarrollada inicialmente por Kuh y Ben-Shlomo (Ben-Shlomo y Khu, 2002; Halfond et al., 2018) y fue definido como el estudio de los efectos a largo plazo de la exposición a riesgos físicos y sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la adultez joven y la vida adulta, en el desarrollo de enfermedades crónicas (físicas y mentales). De esta manera se entiende que invertir en atenciones oportunas en cada generación repercutirá en las siguientes y que el mayor beneficio de un momento vital puede derivarse de intervenciones hechas en un período anterior. Mientras más tempranamente sea detectado el consumo de riesgo y problemático en personas en situación de calle, más efectiva será la intervención y mientras más oportuna sea la atención, mejor será la respuesta.

- **Enfoque de Derechos Humanos**

A partir de este enfoque, se procura la promoción de nuevas políticas que superen décadas de consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales de corte asistencial, para pasar a su valoración en tanto titulares plenos de derechos.

Para hacer operativo el enfoque de derechos humanos, tanto en relación con la esfera del desarrollo y de las políticas económicas y sociales, como con el ámbito del cuidado, todas las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección deben basarse explícitamente en las normas y principios establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Con relación al derecho a ejercer el cuidado en condiciones de calidad y el derecho a ser cuidado, se puede identificar un conjunto de derechos específicos ya reconocidos y que integran esta noción, como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud y a la educación, el derecho a la protección de la seguridad social, entre otros, contemplados tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el Protocolo de San Salvador, como en la propia Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y en la Convención sobre los Derechos del Niño. La estrategia no debe basarse únicamente en el reclamo de nuevos derechos, sino en darle efectividad a los derechos ya acordados. Una acción inicial, que es medular en la perspectiva de derechos, es la de otorgarle poder a quienes no lo han ejercido; en el caso de las mujeres, por ser consideradas sistemáticamente como un “grupo especial[c1] ”, sujeto a regulaciones específicas y focalizadas.

En primer lugar, el enfoque de derechos humanos apunta esencialmente a ese otorgamiento de poder (“empoderamiento”) por la vía del reconocimiento y el ejercicio de derechos.

En segundo lugar, se trata que además de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, se reconozca la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y, por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía y co responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar (se), debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica.

- **Pertinencia Cultural**

El reconocimiento de la diversidad cultural supone un desafío para la intervención, ya que hace evidente, la necesidad del desarrollo de competencias culturales en los técnicos y profesionales -y en el sistema de atención, para otorgar respuestas adecuadas

Se ha definido como *competencia cultural* a "la habilidad para honrar y respetar las creencias, el lenguaje, los estilos interpersonales, y los comportamientos de individuos y familias que reciben servicios, así como también de los profesionales que proveen esos servicios (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, p. xv)

Según SAMHSA (2014) se pueden describir cuatro elementos esenciales de la competencia cultural:(a) reconocimiento cultural, (b) conocimiento cultural, (c) conocimiento cultural de la salud mental, y (d) desarrollo de competencias culturales.

El reconocimiento cultural se refiere a que los profesionales sean conscientes de sus propios grupos culturales y sus valores, sus presunciones y prejuicios respecto a otros grupos culturales (por ejemplo, la cultura LGBT); y realicen un esfuerzo para comprender cómo esos factores afectan su habilidad para proveer servicios culturalmente efectivos a las personas en tratamiento.

El conocimiento cultural tiene relación con el conocimiento general de diversos grupos culturales; los equipos requieren reconocer cómo las pautas culturales influyen en la comunicación, en los valores, en los roles de género y en la socialización, en la expresión clínica del distrés, expectativas acerca del tratamiento, normas de comportamiento y expectativas dentro y fuera de la sesión (por ejemplo, tocar a la persona, felicitarla, nivel de formalidad entre el profesional y la persona en tratamiento). Esta competencia implica que los equipos requieren invertir tiempo en el conocimiento de la persona y su cultura; no sólo a través de la interacción con la persona, sino que a través de lecturas, asistencia a seminarios, eventos culturales, asesoría de pares, guías culturales y supervisión clínica.

El conocimiento cultural de la salud mental, se refiere al conocimiento de cómo la cultura interactúa con las creencias acerca de la salud, el uso de sustancias y otros problemas de salud mental. Respecto al uso de sustancias, los profesionales requieren adquirir conocimiento en las siguientes áreas clave:

- Pautas de uso de sustancias y comportamiento de búsqueda de tratamiento.
- Creencias y tradiciones respecto al uso de sustancias, incluidas las normas culturales respeto al uso de alcohol y drogas.
- Creencias respecto al tratamiento, incluidas las expectativas y actitudes hacia los tratamientos de salud.
- Percepciones de los tratamientos de salud mental.
- Obstáculos para el acceso a tratamiento de poblaciones específicas.

- Pautas de trastornos comórbidos y condiciones específicas para las personas según su origen étnico y trasfondo cultural
- Reconocer que, en el diagnóstico y la evaluación, puede haber sesgos culturales en la presentación de los síntomas.
- Reconocer que algunos enfoques de intervención individual, familiar y de grupo, pueden ser más adecuados al origen étnico y trasfondo cultural de las personas.
- Grupos de apoyo a la recuperación culturalmente adecuados a la persona en tratamiento.
- Métodos de sanación tradicionales y complementarios (por ejemplo, uso de líderes espirituales, hierbas y rituales).
- Continuidad de los cuidados y prevención de recaídas que se adaptan al ambiente cultural de la persona, y accesibilidad a los cuidados en su comunidad.
- Pautas de enganche y retención en el tratamiento.

Por último, para el desarrollo *de* competencias culturales se requiere de actitudes personales necesarias tales como el : respeto, la aceptación, la sensibilidad, la equidad, la apertura, la humildad y la flexibilidad, para comprender y dar espacio a que estos elementos fluyan en el proceso y se incorporen en el Plan de Tratamiento Personalizado.

- **ENFOQUE DE GÉNERO**

El PNUD define Género como los atributos sociales y las oportunidades asociadas con el ser femenino y masculino y las relaciones entre mujeres y hombres, y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están construidas socialmente y varían según el contexto social y temporal. El género determina lo que puede esperarse, lo que es permitido y valorado en una mujer o en un hombre en un contexto dado (PNUD, 2000)

En el marco de la política pública, considerar el tratamiento desde una perspectiva de género, es trabajar con las diferentes formas en que las nociones de varón y mujer son construidas, siendo éstas un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen a los sexos.
El sexo se hereda y el género se adquiere y la adopción de una identidad de género es el resultado de un proceso largo, complejo y dinámico, que puede ser modificado en el curso de la vida y que se relaciona con factores personales, ambientales, contextuales y culturales. Es así como cada cultura elabora sus propias identidades de género a partir del hecho biológico de las diferencias entre los sexos. Si bien es cierto los géneros que predominan en la cultura occidental son el femenino y el masculino, existen otras identidades de género como las identidades TRANS.
La igualdad de género supone que los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de las mujeres y los hombres se consideren, valoren y promuevan de igual manera. Ello significa que sus derechos, responsabilidades y oportunidades no dependan de si han nacido hombres o mujeres. Significa que todos los seres humanos, hombres y mujeres, son libres para desarrollar sus capacidades personales, y para tomar decisiones. Un medio para lograr la igualdad es la equidad de género, entendida en el marco del tratamiento por consumo de sustancias como la justicia en la entrega de una respuesta terapéutica a mujeres y hombres de acuerdo a sus respectivas necesidades.

Según la OPS, la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir que, mujeres, hombres en toda su diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Respecto de la prevalencia de consumo de sustancias entre los géneros, es importante mencionar que las cifras nacionales, señalan que cada vez más, las brechas de prevalencia de consumo de sustancias entre hombres y mujeres, se van acortando.

Lo anterior plantea grandes desafíos para disminuir las brechas de acceso a tratamiento existentes para las mujeres, así como también, incorporar la masculinidad o masculinidades en los programas de tratamiento y entregar atención terapéutica a través de programas personalizados y estructurados que incorporen las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base.

Para mejorar la eficacia y la calidad de las intervenciones terapéuticas y de apoyo a la integración social, la aplicación de una perspectiva de género es esencial.

Toda intervención (sean políticas públicas, programas o proyectos) tienen un impacto sobre el género y las relaciones de género. Es decir, no existen intervenciones terapéuticas y psicosociales "neutras" respecto de género. Si se pretende contribuir a los propósitos de cambio de las personas que realizan procesos de tratamiento por consumo de sustancias y apoyar su inclusión social, resulta imprescindible conocer en qué modifica o influye el género en sus oportunidades de acceder a tal mejora. La consideración de un análisis de género posibilita conocer la realidad y evitar basar la planificación de las intervenciones sobre supuestos o ideas previas respecto de la vida de las personas: tal aprendizaje mejorará la adaptación de los programas y sus intervenciones a las necesidades y circunstancias reales de las y los beneficiarios

4.5.2.- Estrategias de intervención en el ámbito del tratamiento con Personas en Situación de Calle y consumo problemático de alcohol y otras drogas.

- **El Trabajo de Calle**

Las acciones de Trabajo de Calle se orientan a **establecer un vínculo con personas** que, por circunstancias personales o socioculturales, no demandan atención por tratamiento o se encuentran desconectadas de redes institucionales que proveen servicios sociales. Barreras de orden sociocultural, sumadas a un conjunto de exigencias o lógicas que regulan la integración a los procesos de tratamiento de carácter convencional, obstaculizan significativamente el acceso de esta población a las redes institucionales. En términos metodológicos, el Trabajo de Calle supone un proceso de abordaje de la población en la calle, en espacios de encuentro natural. El acercamiento supone generar diversos momentos de diálogo y conversación con el propósito de construir confianza y una relación acogedora y respetuosa, condición de base que permite legitimar la relación de apoyo.

- **Manejo de Caso y Acompañamiento permanente.**

Debido a las características, sicológicas y sociales de las personas en situación de calle y a las características del proceso terapéutico, es fundamental contar con la presencia de una figura vincular significativa que acompañe a la persona usuaria durante el proceso de intervención. Esto requerirá del equipo psicosocial que acompañe a la persona en tratamiento que tenga un contacto cercano y que establezca un vínculo temprano con la persona, desde el comienzo de la relación de ayuda. Respecto de esta primera aproximación, la calidad del primer contacto resulta fundamental. Progresivamente, el rol de acompañamiento convocará a distintos integrantes del equipo; para transformarse en una actitud de disposición y soporte, basada en una serie de habilidades, necesarias para el desarrollo de las relaciones de ayuda. Entre estas habilidades, destacan: escucha activa, empatía, respeto, asertividad, uso de un lenguaje apropiado, comprensible y libre de conceptos técnicos. Los equipos de tratamiento para personas en situación de Calle, identifican también actitudes relevantes durante el proceso de acompañamiento, tales como cumplir compromisos, no enjuiciar, valoración de los recursos de la persona, congruencia y autenticidad en el vínculo (Jornada Nacional Programa Calle, 2017).También, es importante evitar intervenciones de estilo confrontacional, así como la rigidez respecto de la exigencia por cumplimiento de normas en etapas tempranas del tratamiento; el criterio clínico y la aplicación del principio del *tratamiento centrado en la persona*, orientarían la toma de decisiones frente a situaciones de esta naturaleza.

A lo anterior se suma la necesaria comprensión del contexto cultural en el que se desenvuelven las personas en situación de calle, así como las habilidades del terapeuta para adaptarse a las particularidades de estos múltiples contextos. Ciertamente, las habilidades clínicas que se usan habitualmente en el tratamiento de personas con consumo de drogas son aplicables y valiosas, aunque la intervención con personas en situación de calle exigirá de su perfeccionamiento y ajuste a las necesidades específicas de las personas en situación de calle (SAMHSA, 2013)

El manejo de casos, particularmente con personas que se encuentran en situación de calle, resulta esencial para abordar las múltiples necesidades de las personas desde una mirada integral y evitar que las personas "se pierdan en el laberinto de servicios comunitarios" (SAMHSA, 2013). Es además probable –particularmente en la primera fase de intervención**-, que la persona sea reticente a relacionarse directamente con un número amplio de personas y resulte pertinente la vinculación con un número acotado de terapeutas e inclusive con uno en particular**. Presenta como objetivo principal mantener a las personas "enganchadas" con el tratamiento y acompañar el proceso de recuperación; el tratamiento integral requiere que las personas transiten por distintos niveles de cuidado, dispositivos o sistemas, el manejo de caso facilita este tránsito (SAMHSA, 2000).

- **Estrategias de Gestión de Riesgo**.

Un objetivo mínimo a alcanzar en el proceso de atención en calle es el acceso de las personas a información sobre prácticas de prevención, gestión de riesgos y reducción de daños, que posibiliten el mejoramiento básico de la calidad de vida y que contribuya al aprendizaje de habilidades específicas para el manejo de las situaciones y prácticas asociadas al consumo de drogas. Desde el ámbito de la salud, la gestión de riesgo ha estado asociada a la prevención y promoción de estilos de vida saludable. Situando la gestión de riesgo en la temática del consumo de sustancias, los objetivos de intervención en esta línea se relacionan con la capacitación de las personas usuarias y su entorno, mediante elementos de juicio que les permitan gestionar con mayor responsabilidad su consumo de alcohol y/o drogas y otras conductas que puedan implicar daño.

- **Estrategias de Reducción de Daños.**

Clásicamente se ha definido la reducción de daños como estrategias individuales y colectivas destinadas a minimizar los daños asociados al consumo de drogas. Describe un enfoque de salud pública orientado a la disminución de los riesgos y a mitigar las consecuencias o efectos de la conducta adictiva, aceptando el hecho de que numerosas personas mantendrán el consumo drogas y conductas de riesgo. Es importante aclarar que la reducción de daño no excluye la posibilidad o la promoción de la abstinencia, sino que más bien la comprende en el marco de un proceso de cambio progresivo.

- **Promoción y Fortalecimiento de las capacidades y recursos de la persona usuaria.**

Se refiere a la necesidad de que la intervención ponga el acento en las capacidades y potencialidades de la persona, más que en perturbaciones, carencias o déficit. Por eso mismo, la valoración de las experiencias de logro de cada persona ha de ser considerada como estrategia central en la metodología de trabajo, especialmente si se trata de personas en situación de vulnerabilidad. Lo anterior requerirá promover el desarrollo de estrategias de enfrentamiento y resolución de situaciones complejas de la vida, que aumente la percepción de autoeficacia y la autoestima. Los equipos de intervención en tanto deberán contar con una actitud de apertura, especializándose en la capacidad para detectar y maximizar los logros, por pequeños que estos puedan parecer. Del mismo modo, resulta fundamental prestar atención tanto a los propios discursos y actitudes como a la forma en que otros actores institucionales se refieren a las personas en situación de calle. Muchos de los imaginarios respecto a los motivos por los cuales las personas inician y mantienen vida de calle, se sustentan en prejuicios. Los estereotipos negativos se configuran como una de las más importantes barreras que enfrentan las personas en situación de calle cuando tratan de ejercer sus derechos más fundamentales.

- **Maximización de los éxitos y minimización de los fracasos**.

Relacionado con lo anterior, esta premisa resulta de enorme relevancia para la intervención con esta población. La experiencia de estigma, vulneración de derechos y exclusión social pueden impactar negativamente en las personas, generando una baja autoestima y desesperanza. Como estrategia implica expresar la valoración por las habilidades de supervivencia y las fortalezas que la persona ha desarrollado para lograr hacer frente a múltiples dificultades. Implica también trabajar con un sentido de temporalidad y estructura, visibilizando metas en periodos pertinentes para las personas, co-construyendo los objetivos en conjunto, estableciendo acuerdos y compromisos y evaluando con transparencia lo logrado.

- **Estrategias de Prevención de Recaídas.**

La Prevención de Recaídas es un programa de autocontrol diseñado con el objetivo de ayudar a las personas a anticipar y afrontar los problemas de vuelta al patrón anterior de consumo (recaída) en el proceso de cambio de las conductas adictivas (Marlatt, 1993). Fundamentada en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1971), la prevención de recaídas se presenta como un enfoque cognitivo-conductual al combinar el entrenamiento en habilidades para modificar conductas, la terapia cognitiva y el reequilibrio del estilo de vida. Las estrategias de comportamiento cognitivo conductual están basadas en la teoría que los procesos de aprendizaje desempeñan un papel esencial en el desarrollo de patrones de comportamiento de inadaptabilidad. Las personas aprenden a

reconocer y corregir los comportamientos problemáticos. La prevención de recaídas abarca varias estrategias de comportamiento cognitivo que facilitan la abstinencia al igual que proveen ayuda para personas que retornan a patrones de consumo problemático. Las estrategias se focalizan en el fortalecimiento del auto control. Entre las técnicas específicas están la exploración de las consecuencias positivas y negativas del uso continuado de alcohol y/o drogas, la auto vigilancia para reconocer los deseos de consumo lo más pronto posible y poder identificar las situaciones de alto riesgo causadas por el uso de sustancias y el desarrollo de estrategias para que la persona pueda enfrentar y evitar las situaciones de alto riesgo, así como el deseo por consumir dichas sustancias. Un elemento céntrico de este enfoque es poder anticipar las dificultades que las personas puedan encontrar y ayudarles a desarrollar estrategias efectivas para hacerle frente a estos problemas.

- **La Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2009).**

La ambivalencia que experimenta la persona que se propone hacer un cambio, es la pieza nuclear a la que debe destinarse el esfuerzo terapéutico para el logro de un cambio constructivo. La entrevista motivacional -un enfoque no autoritario destinado a ayudar a las personas a que dejen vía libre a sus motivaciones y recursos-, es una técnica poderosa para superar la ambivalencia y ayudar a las personas en su motivación hacia el cambio. Sus autores definen la EM como un método de comunicación colaborativo y orientado a una meta, que presta una atención particular al lenguaje (discurso) de cambio. Está diseñada para fortalecer la propia motivación y compromiso para realizar un movimiento hacia una meta específica, mediante la evocación y la exploración de los propios argumentos de la persona para el cambio, en una atmósfera de aceptación y compasión (Miller, W & Rollnick, S.,2013, pp 29).

- **Intervención familiar o con otros significativos.**

Uno de los factores que explican con mayor recurrencia el origen y prolongación de la situación de calle de las personas que viven en esta condición, es la ausencia o ruptura de las redes familiares y sociales. Las fracturas familiares determinan en buena medida la expulsión de las personas de sus núcleos familiares y el alejamiento prácticamente definitivo de sus redes primarias. No obstante, el valor potencial que tienen las redes familiares y sociales sobre la seguridad y el bienestar de las personas, esta estrategia asume que provocar y facilitar la re-vinculación familiar y social no puede ser asumida como una fórmula universal, ya sea porque en algunos casos estos referentes no se encuentran disponibles o porque no existen condiciones para que ese vínculo se produzca.

Ahora bien, en algunas situaciones es posible reparar esos vínculos y facilitar el acercamiento de las personas en situación de calle con sus familiares o con la representación simbólica de ellas. Si bien esta puede no ser la única alternativa para que las personas en situación de calle superen esta condición, sí puede ser un factor protector que, además de incrementar el repertorio de vínculos disponibles, puede oficiar positivamente como un recurso para el mejoramiento de sus condiciones de vida, tanto mientras estén en la calle como si hacen abandono de ella.

La investigación ha mostrado que el apoyo social de familiares o amigos es un factor que contribuye a la adherencia al tratamiento y que la persona necesita de dicho apoyo para consolidar los cambios en su comportamiento después de finalizado el tratamiento (NIDA, 2012; Oficina Contra la Droga y el Delito, 2003b, 2008).

Esto implica que, cuando esto es posible, el equipo profesional no solo requiere comprometer a la red de apoyo de la persona en el tratamiento (Miller, 1995, 1999) sino que, además es importante indagar las metas de esa red para el tratamiento del individuo. Es probable que se requiera intervenir con la familia y otros significativos, promoviendo el desarrollo de habilidades para apoyar los cambios de la persona, o bien, para generar cambios en pautas de comportamiento que pueden interferir con sus progresos.

Desde esta perspectiva, sería necesario lo siguiente:

a. Mediar la negociación o acuerdo respecto a las metas del tratamiento de la persona usuaria y de su red de apoyo cuando no hay coincidencia en esas metas, especialmente en lo que se refiere al patrón de consumo (disminución del consumo frente a abstinencia) (Miller, 1995). Junto con esto, es importante que el equipo trabaje activamente en el fortalecimiento de herramientas para que, eventualmente la misma persona usuaria sea capaz de conciliar sus metas con las de su red de apoyo.

b. Incorporar en el plan de tratamiento los comportamientos que la red de apoyo familiar y de otros significativos implementará, o las intervenciones terapéuticas en las cuales participará para apoyar el cambio de conductas de la persona.

- **Intervención Individualizada.**

Las intervenciones han de ser adaptadas a las características, necesidades e intereses de cada persona, ayudándole a desarrollar sus capacidades y aptitudes. Estas se organizarán en torno a un *Plan de Tratamiento Individua*l (PTI)[15]. Se requiere un alto nivel de flexibilidad metodológica que permita reorientar el plan de intervención de acuerdo a la evolución de las necesidades, motivaciones e intereses de la persona, sus circunstancias específicas y la calidad del vínculo establecido con él o ella. Lo anterior implica que el tratamiento de cada persona debe ser evaluado continuamente y, de ser necesario, modificado para asegurar que se mantenga a la par con cualquier cambio en su condición: "Para muchas personas usuarias, un enfoque de cuidado sostenido, con una intensidad variable en el tratamiento según sus necesidades cambiantes, es el que contribuye a mejores resultados"[16].

a. El tratamiento debe adaptarse a las necesidades particulares de cada persona; lo cual requiere que el programa de tratamiento disponga de instrumentos o herramientas consensuadas para indagar/diagnosticar/evaluar las necesidades de tratamiento (Evaluación Integral de la persona usuaria).

b. Se requiere trazar en el tiempo las diversas intervenciones terapéuticas y los servicios que probablemente serán

---

[15] Se recomienda revisar documento Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individuales (PTI), Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación. División Programática, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA, 2016.

[16] Substance Abuse and Mental Health Service Administration de Estados Unidos (SAMHSA, 2012, p.3).

necesarios para dar respuesta a las necesidades que presenta la persona en su proceso de recuperación.

c. La evaluación continua del tratamiento implica que el programa de tratamiento tenga un registro escrito de las intervenciones terapéuticas y de los servicios entregados a las personas en tratamiento (que han sido implementados de acuerdo a sus necesidades individuales); esas intervenciones requieren tener indicadores que permitan su evaluación y seguimiento.

- **Intervención interdisciplinaria.**

Implica contar con equipos inter y multidisciplinarios, con formación y experiencia en la intervención con esta población específica; con las competencias técnicas y la disponibilidad para la realización de un trabajo articulado, que favorezca la intervención desde un enfoque biopsicosocial e integral. Lo anterior es posible en la medida en que el equipo logre consensuar sus modelos teóricos con los enfoques aquí establecidos, que acerque en el lenguaje y en la comprensión del fenómeno a profesionales y técnicos de distintas disciplinas, que funcione como plataforma para la discusión y el acuerdo respecto de intervenciones complementarias.

La intervención interdisciplinaria implica que el equipo trabaje colaborativamente en los distintos momentos de la intervención: Evaluación integral y Formulación de caso, diseño e implementación del PTI, Perfil de monitoreo de resultado TOP, monitoreo y evaluación continua del avance en las metas acordadas con la persona usuaria y evaluación final. Lo anterior exige contar con mecanismos adecuados y oportunos para compartir y analizar información al interior del equipo a través de estrategias de trabajo que faciliten la interacción. Entre las cuales podemos encontrar: Reuniones y análisis de casos clínicos, intervención en dupla, registro claro, pertinente y oportuno en ficha de atención individual, entre otras.

- **Intervención en red**.

Se plantea que el desarrollo, articulación y fortalecimiento de vínculos entre los distintos equipos, organismos e instituciones sociales en una red que permita apoyar y complementarse en la intervención, será de especial importancia en el abordaje y desarrollo del proceso de tratamiento para población en vulnerabilidad social, ya que permite acercar las diversas alternativas de atención, de forma oportuna, en sintonía con las necesidades e intereses de la persona usuaria. Lo anterior implica comprender que la *resolutividad* de la intervención encuentra lugar en una trama de intervenciones diversas y articuladas que realizan distintos equipos que intervienen con una misma persona. La intervención responsable con personas en situación de calle y consumo problemático de drogas exige del trabajo intersectorial, en tanto el avance en el logro del propósito de integración social y recuperación requiere no sólo de la expertiz clínica en el abordaje del consumo, sino también de la satisfacción de necesidades básicas y de oportunidades concretas para la integración social y el ejercicio de la ciudadanía.

En particular, la articulación con equipos de programas del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y otras instituciones u organizaciones que intervienen con personas en situación de calle y que se encuentran en programas de tratamiento, implica el desarrollo de acciones coordinadas que potencien el impacto de las intervenciones. Estas acciones se desarrollan en distintos niveles de gestión y convocan a distintos actores locales. Entre estas se encuentran:

- Participación de mesas de trabajo intersectorial, orientadas al desarrollo de acuerdos y marcos generales que orienten y faciliten la articulación de equipos de intervención distintos.
- Capacitaciones o espacios de formación conjunta, con la finalidad de transferencia tecnológica o bien capacitación de equipos en torno a temáticas de común interés y necesarias para la intervención.
- Reuniones periódicas de análisis de casos clínicos/sociales en que participen representantes de equipos de intervención.
- Diseño de planes de intervención individual articulados, que resulten de la construcción de un diagnóstico compartido e identifiquen acciones complementarias e integradas[17].
- Establecimiento de canales de información interinstitucional regulares, efectivos y colaborativos.

El trabajo conjunto debiera centrarse en una *planificación de la intervención centrada en la persona*, identificando:
a) los servicios que la persona necesita y está dispuesta a aceptar,
b) dónde y quiénes prestaran esta atención,
c) quién se responsabilizará por el seguimiento y monitoreo de la implementación de acciones y el avance en el logro de objetivos y
d) cómo se coordinarán las diferentes acciones y servicios; incluyendo acuerdos respecto del flujo de información.

Una buena forma de empezar sería mediante la elaboración conjunta de **protocolos y procedimientos** que definan el marco de acción de cada equipo y las estrategias para el trabajo conjunto. Entre las temáticas que resulta relevante trabajar se encuentran: Derivación asistida, elaboración de planes de intervención articulados, planificación de acciones rescate, entre otras.

A continuación, se identifican estrategias de intervención y consideraciones relevantes para el trabajo intersectorial, que surgen de la experiencia de los equipos ejecutores del Programa:

➢Articulación con los equipos de salud en dispositivos de atención primaria, para la atención oportuna y de calidad de las necesidades de salud de las personas usuarias del programa, sean de orden físico como de salud mental.

- ➢ Desarrollar una relación de trabajo conjunto y complementario con equipos del intersector, evitando la "competencia" entre objetivos del programa de tratamiento y otras instituciones que intervienen de forma paralela con la misma persona usuaria; evitar la sobre intervención y la saturación.
- ➢ Definir medios para facilitar el flujo oportuno de información pertinente entre los actores intervinientes, para
- ➢ dar cuenta de la situación actual del usuario y las necesidades de intervención.
- ➢ Adecuación de las intervenciones que realiza el equipo al "tránsito" que presentan las personas durante el proceso de intervención. Así, por ejemplo, es importante contar con un espacio físico adecuado (que otorgue privacidad, contención), para la intervención individual cuando el usuario así lo requiera.
- ➢ Considerar dentro de la programación, actividades recreativas con objetivos estratégicos (motivación, enganche con el programa, generación de confianza, prevención de recaídas, desarrollo de habilidades sociales, integración a la comunidad, por ejemplo).

[17] El trabajo articulado entre equipos que trabajan con una misma persona, resulta ser una estrategia de tremendo potencial respecto de la posibilidad de implementar procesos

- Definir espacios y medios de comunicación al interior del equipo respecto del avance en la implementación del PTI (reuniones de análisis de caso clínico, actualización permanente del contenido de la ficha clínica, por ejemplo).
- Realización de intervenciones en dupla cuando se estime pertinente.

4.5.3 Coordinación y complementariedad con Programas del Ministerio de Desarrollo Social.

Tanto el Programa Calle como los dispositivos de los Centros para la Superación y de Atención en Salud Mental disponibles en el territorio, se constituyen en un eje articulador para la coordinación y complementariedad de reflexiones y acciones en torno a la intervención de las personas que se encuentran en situación de calle. Dicha articulación se traduce en el desarrollo de propuestas colaborativas de intervención en el ámbito biopsicosocial para que éstas tengan un mayor impacto.

En este entramado, el desafío está en que los equipos del Plan de Atención Comunitaria y los del Programa Calle, Centros Temporales o de Salud mental, interactúen con mayor sincronía, desarrollando un trabajo intersectorial que contemple nuevas modalidades de gestión, nuevos protocolos (acorde a cada realidad local) y que coloquen al sujeto en el centro del intervención, a fin de superar la duplicidad diagnóstica e interventiva de los casos y potenciar la complementariedad de miradas en el abordaje de los casos.

Por cuanto, se requiere la conjugación de una mirada ecosistémica del sujeto, que busque comprenderlo como un todo integrado, a partir de su relación con los distintos subsistemas con los que se relaciona. Una de sus expresiones es la participación interdisciplinar tras el proceso de evaluación, intervención y seguimiento de los casos, en una combinación de abordajes conforme a las necesidades y características de la población específica. Para facilitar el trabajo de coordinación se entregará a través de las contrapartes regionales de cada Servicio, la siguiente información: Orientaciones Metodológicas, cobertura regional de los Programas ejecutados por el Ministerio de Desarrollo Social, identificación y datos de contacto de las contrapartes institucionales.

En el apartado “Fases de intervención y Actividades Principales” se describen las acciones en donde los distintos Programas pudieran generar una relación virtuosa en torno a los casos atendidos.

4.5.4 Respecto del traspaso de información entre equipos distintos de intervención:

Es importante considerar que toda intervención -incluida aquella que no se efectúa de forma directa con la persona-, siempre ha de realizarse en el marco del respeto de los derechos de las personas usuarias. Lo anterior implica que

los equipos deberán gestionar con especial cuidado el resguardo de la información de carácter confidencial que surge en el marco de la intervención terapéutica, distinguiéndola de aquella información pertinente, relevante y factible de ser compartida en el marco del trabajo intersectorial. En esta línea, la correcta implementación del consentimiento informado[18] exige al equipo involucrar activamente a la persona usuaria en el propio proceso, asumiendo la responsabilidad de que ésta se encuentre en conocimiento y comprenda la importancia del trabajo intersectorial a realizar respecto de su situación, conozca qué información sería susceptible de ser entregada y con qué fines, para luego, en atención a lo que la persona resuelva, gestionar dicha información.

4.6.- Fases de intervención y Actividades Principales.

En el marco del Programa, la intervención se organiza en torno a 4 fases principales. Estas fases identifican las principales actividades a implementar. Se entenderá la intervención como un **proceso flexible, abierto y dinámico** y bajo esta premisa, el tiempo necesario para la realización de actividades variará según las necesidades de la persona. Del mismo modo, es posible que actividades identificadas para una fase en particular, se inicien o tengan lugar en otra. La coherencia y oportunidad en la implementación de las actividades dependerá de la expertiz del equipo para adecuar las intervenciones a las necesidades y motivación de la persona usuaria.

Se distinguen las siguientes fases:

- Fase de Ingreso
- Fase de Tratamiento y Rehabilitación
- Fase de Integración Social
- Fase de Egreso y Seguimiento

En la Tabla siguiente, se describen las Fases de intervención, sus componentes y Actividades principales

Tabla: Descripción Procesos centrales de Intervención Programa PAC

Fase	Componente	Actividades
Ingreso **Objetivo:** Acoger, motivar y evaluar para definir objetivos terapéuticos iniciales.	**Coordinación para el Ingreso**	- Si la persona es derivada desde programas MDS, es fundamental definir en coordinación con dicho equipo ejecutor una estrategia de vinculación inicial con la persona. Entre las acciones a coordinar se encuentran: realización de recorridos de calle y entrevistas en duplas inter-programas, acordar el lugar y momento en que se realizará el primer contacto y las acciones necesarias para la obtención de datos requeridos para el ingreso al programa. Estas acciones se complementan con el envío de una Ficha de Derivación desde el equipo MDS al Programa a de Tratamiento. Esta ficha deberá contener información relevante para el "enganche" y el tratamiento. Se considera: Estado motivacional de la persona al momento de realizar la derivación, antecedentes relativos a participación social, redes de apoyo disponibles, barreras de acceso a la salud detectadas e información relacionada con el trastorno por uso de sustancias (tratamientos anteriores, aproximación diagnóstica, otros aspectos relevantes).

[18] Se sugiere revisar Anexo 5.3: "Consentimiento Informado. Orientaciones para la implementación y Formulario General".

		- Realizar confirmación diagnóstica del consumo problemático, a través de entrevista con la persona usuaria, antecedentes entregados por equipo psicosocial MDS, y otros significativos.
	Acogida y Construcción de Vínculo Terapéutico	-Implementar estrategias de acercamiento y vinculación, definidas previamente con equipos MDS u otro/s agentes locales. Entre estas, se encuentran: realizar un recorrido por el circuito de calle y afianzar estrategias de vinculación en el contexto en el cual las personas se desenvuelven, contactar con figuras vinculares significativas y/o familia, para promover y facilitar su participación/acompañamiento en el proceso terapéutico - Realizar primera evaluación, orientada a identificar necesidades de abordaje inmediato (problemas de salud o de seguridad que deben ser resueltos de forma prioritaria. Especial atención se debe prestar a mujeres que se encuentren embarazadas o con hijos/as en situación de calle). - En relación con lo anterior, articular red de servicios socio sanitarios según los resultados de primera evaluación. – - Coordinar con equipo psicosocial MDS la realización de estas actividades. - Definir responsable del acompañamiento de esta derivación, el seguimiento de los resultados obtenidos, manteniendo siempre vinculación con la persona, de modo tal que una vez que la situación de urgencia se haya resuelto o estabilizado, continuar con actividades contempladas para esta fase. - Acompañar, avanzando en ámbitos diversos de la evaluación: uso de sustancias y otros problemas de salud mental (patrón de consumo, sintomatología, explorar disposición al cambio en diversos ámbitos, entre otros), así como funcionamiento social (redes de apoyo social, habilidades laborales, entre otras). Usualmente, las personas en situación de calle se vinculan de forma progresiva, por lo que se espera que gradualmente se profundice en la evaluación. - En esta fase, se superponen actividades correspondientes al proceso de Consentimiento Informado: es deber del equipo de tratamiento que se encuentra en proceso de vinculación con la persona, informar el objetivo que tienen las visitas y conversaciones, avanzando según el ritmo de la persona y el desarrollo de la confianza lo permitan. La acogida y construcción del vínculo terapéutico con personas en situación de calle representa desafíos particulares, relacionados con las historias de vulnerabilidad, exclusión y estigmatización que han experimentado. Lo anterior se traduce muchas veces en la pérdida de confianza en las respuestas que puedan otorgar las instituciones y, por tanto, en las personas que representa esta institucionalidad. La construcción de un vínculo de confianza muchas veces tomará tiempo, exigirá del terapeuta no sólo tolerancia, sino genuina disposición y valoración de la persona. El cumplimiento de los compromisos asumidos (horarios, días de visita, gestiones) cobra especial relevancia. La construcción del vinculo terapéutico, debe comprenderse entonces como un ejercicio permanentemente en desarrollo
	Consentimiento Informado (C.I)[19]	- Implementación de CI, considerando dimensiones del mismo (proceso e instrumento).

[19] En Anexos, revisar documento Orientaciones para la Implementación y Formulario de Consentimiento Informado para Población Adulta.

	Implementación Evaluación Integral	- Desarrollar un proceso de evaluación integral, que comprenda diversas áreas de la vida de la persona. Esta evaluación implica la profundización y ampliación de la información levantada inicialmente con la persona y las redes de apoyo. Implica la detección de necesidades, recursos y fortalezas para la intervención. Dentro de los aspectos que deben ser considerados en la evaluación integral con personas en situación de calle, se encuentran: (a) uso de sustancias y trastornos de salud mental co ocurrentes; (b) exposición actual y pasada al trauma y problemas de seguridad relacionados; (c) Registros de atención primaria, historial de atenciones médicas y hospitalizaciones, lista de medicamentos previos y actuales, y la necesidad actual de atención médica y dental, incluido el riesgo y el tratamiento del VIH / SIDA y otras enfermedades transmisibles; (d) Inicio y desarrollo de la situación de calle y cómo se relaciona con el curso de otros síntomas; (f) Asuntos relacionados con justicia penal actual y/o pasados que se encuentran pendientes, y que podrían implicar reclusión o estado de libertad condicional. También indagar en comportamientos actuales que, si se descubren, podrían conducir al arresto; (g) Funcionamiento social en términos de apoyo social, nivel de alfabetización, educación, habilidades laborales, antecedentes de empleo e ingresos, así como la identificación de otras personas como recurso. En esta línea, por ejemplo, explorar junto con la persona usuaria respecto de la posibilidad de incluir a algún miembro de la familia en el proceso de recuperación. También, resulta importante identificar estresantes inmediatos (por ejemplo, deudas, problemas legales generales, conflictos con compañeros o profesionales en hospedería, y otros); (h) El interés y motivación de la persona usuaria en actividades diversas, que propicien el proceso de integración social; tales como como el desarrollo de habilidades para la vida, el manejo del estrés y la ira, los programas de apoyo a la crianza, las actividades recreativas o voluntarias y programas de enriquecimiento cultural. Tener un catastro de dichos recursos resulta de utilidad (SAMHSA, 2013). - Durante este proceso, se debe evaluar periódicamente, la disposición al cambio. La entrevista desde el enfoque de la entrevista motivacional (EM), resulta una herramienta adecuada, comprendiendo que la Evaluación es también una oportunidad de intervención.
	Elaboración Plan de Tratamiento Individual	La elaboración del Plan de Tratamiento individual se comprende como un proceso, que resulta de la evaluación integral y la participación de la persona usuaria, el equipo de tratamiento y, de ser posible, el equipo de programa MDS. La Evaluación Integral da paso al proceso de Formulación de caso. A partir de esta "imagen" de la persona y su situación actual, se elaborarán los objetivos/metas en el marco de un Plan de Tratamiento Individual (PTI). Se sugiere revisar documento "Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individual". Disponible en la página web de SENDA (http://www.senda.gob.cl/tratamiento/recursos-tratamiento/) Durante este proceso, resulta fundamental: - Implicar activamente a la persona usuaria en la determinación de metas/objetivos iniciales del PTI. - De ser posible, coordinar con equipo psicosocial MDS la implementación de acciones iniciales contempladas en PTI. Resulta importante comprender que el PTI orientará la intervención a partir de una evaluación situada en un momento específico del proceso terapéutico. Esto significa, aunque a medida que este proceso se desarrolla, los objetivos terapéuticos pueden cambiar. En este sentido el PTI debiera ser dinámico, sujeto a revisión y modificación, siempre situando a la persona y su proceso de cambio en el centro de la intervención.
Tratamiento y Rehabilitación	**Implementación de objetivos/metas del PTI**	Dentro de los aspectos a considerar en la implementación del PTI, se encuentran: - Elaborar y reparar situaciones de duelo o traumas.

Objetivo: Proporcionar tratamiento integral del consumo problemático de sustancias a través de la implementación del PTI, y orientando la acción hacia el desarrollo de competencias emocionales, cognitivas y conductuales a modo de potenciar factores protectores personales y del contexto familiar y/o social.		- Resignificar y fortalecer la vinculación con las figuras vinculares significativas y/o familia. - Potenciar el reconocimiento de nuevas alternativas de resolución de conflictos. - Favorecer la abstinencia y disminuir los riegos de consumo de drogas. -Implementar estrategias de reducción de daños. - Apoyar el desarrollo y fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos. (prevención de recaídas) - Implementar estrategias que favorezcan la adherencia al tratamiento. Incluyendo la participación de la persona en atenciones de salud física y mental, otorgadas por otros dispositivos. - Apoyar al autodiagnóstico de habilidades y competencias para el itinerario de integración socio ocupacional. - Anticipar y abordar crisis familiares o con cercanos significativos que obstaculicen el proceso de tratamiento. - Preparar y habilitar a la familia o cercanos significativos para favorecer la integración al egreso del tratamiento. - Favorecer y coordinar, en conjunto con el equipo psicosocial, la integración y ampliación de la red de apoyo social. - Propiciar la participación en grupos de autoayuda.
	Evaluación continua de los objetivos del PTI, ajustes y reformulación.	- Monitorear el avance en el logro de objetivos/metas contempladas en el PTI. - Realizar encuentros/reuniones con la persona usuaria y/o acompañante con el objetivo de analizar los avances en la implementación del PTI, identificando obstáculos y evaluando la necesidad de reformular objetivos. - Realizar reuniones de análisis de la implementación del PTI en conjunto con equipo psicosocial de MDS (análisis de casos), evaluando resultado de las gestiones realizadas, eficacia de las estrategias implementadas y de ser necesario, la reformulación de las mismas. Se deberá elaborar acata de reunión, disponible para ambos equipos. Lo anterior es posible al comprender el PTI como un proceso, estructurado, aunque altamente flexible.

Integración Social **Objetivo**: Contribuir al desarrollo de habilidades, competencias y estrategias para la integración social, durante todo el proceso de Tratamiento	**Integración Socio Ocupacional** **.**	- Identificar recursos y fortalezas de la persona usuaria e implementar estrategias e intervenciones terapéuticas para el empoderamiento. - Fortalecer adherencia al tratamiento de salud física y/o psiquiátrico, si lo requiere. - Fortalecer los factores de protección ante situaciones de riesgos de recaídas. - Desarrollar intervenciones orientadas al desarrollo de habilidades y destrezas socio ocupacionales - Intencionar la resignificación de espacios comunitarios habituales. - Fortalecer los avances terapéuticos y la vinculación con diversos dispositivos de apoyo social. - Vincular a la persona usuaria con instancias diversas de participación social, a través de la gestión de recursos para la integración social. Las actividades orientadas a favorecer procesos de integración social de las personas usuarias deben desarrollarse a lo largo de todo el proceso de tratamiento. De esta forma, la integración social se comprende como un enfoque desde el cual se orienta la intervención. Es importante que las estrategias a implementar se diseñen y ejecuten en estrecha coordinación con los programas MDS que atienden a la persona.
Egreso y Seguimiento	**Egreso**	Coordinar las acciones del seguimiento y/o derivación a otros Programas, con equipo ejecutores de MIDESO. Evaluar la mantención de los logros terapéuticos Apoyar las estrategias de solución en situaciones de crisis durante el proceso de integración social.

Como ha sido señalado con anterioridad, el tiempo estimado para la implementación de las fases del programa y el logro de los objetivos del proceso de tratamiento, se relaciona directamente con las necesidades y recursos para la intervención que presenta cada persona, siendo, por lo tanto, variable. La intervención presentará también frecuencias de atención variable, dependiendo de lo acordado o la persona usuaria y lo explicitado en Plan de Tratamiento Individual. Las intervenciones (prestaciones) identificadas en un mes de plan de tratamiento pueden ser implementadas en horario diurno y/o vespertino. Dentro de estas intervenciones se encuentran las siguientes:

- Consulta médica
- Consulta psiquiátrica.
- Consulta de salud mental
- Intervención psicosocial (individual, familiar y de grupo)
- Consulta psicológica
- Psicoterapia individual
- Psicodiagnóstico

El mes plan incluye, además y sin costo para la persona usuaria-, los exámenes y medicamentos asociados al trastorno por consumo de sustancias y su comorbilidad, y que se requieran de acuerdo al estado de salud y necesidades detectadas. El centro o programa de tratamiento deberá proveer y/o gestionar los mismos, en base al diagnóstico realizado.

En relación con lo anterior, es de suma importancia considerar que una de las gestiones iniciales a implementar –en etapas tempranas del tratamiento-, consiste en la vinculación (inscripción) de la persona en el dispositivo de atención primaria que corresponda al sector en el que principalmente se moviliza o pernocta. Usualmente esta labor se encontrará dentro de las acciones que realicen los equipos de MDSF. Al equipo de tratamiento corresponderá distinguir si la persona se encuentra efectivamente inscrita en APS y en caso contrario, realizar las gestiones necesarias para proveer las atenciones de salud que resulten necesarias.

Ahora bien, en el caso de existir complicaciones médicas o psiquiátricas que se encuentren fuera del ámbito de acción directa del Programa, la persona en tratamiento deberá ser derivada mediante interconsulta al establecimiento que corresponda según el Servicio de Salud respectivo[20]. Deberá constar copia de dicho documento en la respectiva ficha clínica.

Las intervenciones que contempla el Programa se desarrollan tanto en calle –siempre y cuando esto resulte técnicamente adecuado-, como en alguna dependencia o infraestructura disponible. Esta puede ser de propiedad o administración directa del equipo de tratamiento o bien resultado de la gestión intersectorial. Independientemente de lo anterior, el equipo técnico deberá velar por disponer de un espacio físico adecuado a las necesidades de intervención y la disposición motivacional de la persona usuaria, así como respecto de la naturaleza de la prestación

[20] Cuando resulte pertinente, esta gestión podrá realizarse articuladamente con el Programa de Apoyo a la Salud Mental del Ministerio de Desarrollo Social. Este programa busca reducir las barreras de acceso a atención en salud mental de personas en situación de vulnerabilidad, brindándoles atención especializada. Opera mediante una inscripción de los beneficiarios en un dispositivo de salud de atención primaria, donde un equipo compuesto por un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un asistente social, les realiza una evaluación integral para, posteriormente, elaborar un plan de intervención personalizado. Dependiendo de la complejidad del caso, se atenderán en atención primaria (CESFAM) o en atención de salud mental especializada (COSAM). El Programa se ejecuta en la región Metropolitana de Santiago, atendiendo a personas que residan en las comunas de Recoleta, Santiago, Quinta Normal, Estación Central y San Bernardo. (http://www.chileseguridadesyoportunidades.gob.cl/servicio-salud-mental).

otorgada. Lo anterior incluye también la responsabilidad del programa ejecutor de contar con un espacio adecuado para disponer del almacenamiento de las fichas clínicas, según lo indica la normativa vigente.

Las prestaciones deben encontrarse debidamente registradas -de forma oportuna y veraz-, en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento (SISTRAT) y en la ficha clínica. Ambos registros deberán ser exactamente coincidentes y encontrarse actualizados.

El sistema presenta alternativas de registro correspondientes a las prestaciones principales que debiera considerar la implementación de un PTI. No obstante, lo anterior, todas aquellas acciones y actividades que no cuentan con alternativas de registro en SISTRAT, deberán ser registradas en la Ficha Clínica.

4.7.- Criterios para el Diagnóstico Clínico

4.7.1.- Diagnóstico Clínico (CIE 10)

Categorías Diagnósticas:

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

Consumo Perjudicial:

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

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

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

Dependencia**:**

Se trata de un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome

de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotrópicas (aun cuando hayan sido prescritas por un médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes.

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrase la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo. Diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica: trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia, no solamente referido a un trastorno dual.

A continuación, se presentan las principales categorías diagnósticas CIE 10 . Chile ha adscrito como fuente de información estadística oficial del país la CIE – 10, como lo recomienda la OMS.

Clasificación CIE 10

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

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

- Hepatitis alcohólica subaguda

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

c) Otros problemas de salud mental

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

4.7.2.- Evaluación del Compromiso Biopsicosocial.

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

Esta apreciación debe considerar una amplia variedad de ámbitos, en los que es posible descubrir, junto con la persona, tanto recursos y oportunidades como necesidades, factores de riesgo y de vulnerabilidad. Entre los ámbitos a evaluar se encuentran: Patrón de consumo, Trastornos de salud mental asociados, Situación actual de salud física, Situación ocupacional, Situación Familiar, Redes de apoyo, situación judicial y otros de suma importancia, tales como motivación (a encontrar residencia estable, a obtener apoyo social, o a iniciar tratamiento por el consumo de drogas, por mencionar sólo algunos ámbitos de motivación a explorar y promover), percepción general de autoeficacia, entre otros aspectos.

VARIABLES y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL[21]		
	Leve	Moderado	Severo
1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía	– Una sola sustancia – En forma esporádica – Vía oral o respiratoria	– 2 o más sustancias – Consumo semanal o fin de semana	– 2 ó más sustancias – Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta.

[21] Se incorporan en esta Pauta las variables “Relación y cuidado de los hijos”.

administración y frecuencia de consumo		– Vía oral y/o respiratoria	– Aumento de dosis – Se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (C.I.E. 10).	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial y hasta 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3. Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias físicas y psicológicas que puede controlar	Requiere de ayuda para tolerar las molestias y signos de abstinencia.
4. Patología psiquiátrica	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5. Percepción de problemas de salud físicos asociados	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes	Presentes y limitantes
6. Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia o ámbito judicial	Obligado por ámbito judicial u otro.
7. Motivación al cambio	Convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 a 3 incompletos	Más de tres, Abandonos antes de tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado, pero sin éxito. con recaídas frecuentes	Sin intento, sin ningún periodo de abstinencia
10. Percepción de autoeficacia	Percepción de obtención de logros en resolución de problemas.	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo	Auto percepción de muy bajo control del medio o absoluta ineficacia en el control del consumo
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo o estudios	Ha discontinuado actividad ocupacional, asiste en forma intermitente	Despidos laborales, interrupción de estudios, abandono de actividades ocupacionales
12. Consumo y/o tráfico en otros familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros
13. Problemas judiciales asociados	Sin antecedentes penales	Detenciones, formalizaciones, pero sin condena o medida.	Con antecedentes penales (sentencias, sanciones)
14. Apoyo familiar	Presencia de red familiar de apoyo	Precaria red de apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.
15. Relación y cuidado de los hijos	Mantención y cuidado de los hijos /hijas, no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
16. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

VARIABLES BIOPSICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSICOSOCIAL EN POBLACIÓN FEMENINA[22]		
	Leve	**Moderado**	**Severo**
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 o más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 o más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnostico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial o desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica concurrente	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convincente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales (fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas judiciales asociados	Sin detenciones, imputaciones o condenas	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.

[22] Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, SENDA 2005.

16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantención y cuidado de los hijos /hijas, no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en períodos gestacionales	Mantención o aumento de consumo en períodos gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina Mantiene un estilo de vida altamente estresante

.

4.7.3.- Estadio Motivacional y Disposición al Cambio

La motivación es un estado de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. A partir del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, los autores señalan que la motivación puede entenderse como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y agregan que es un estado interno influido por varios factores externos.

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con un paciente, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. De esta manera, se necesitarán diferentes habilidades de acuerdo al estadio en que se encuentre el paciente. Los problemas que se derivan de que los pacientes se encuentren “no motivados” o se resistan, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicho paciente.

Lo que parece predecir el cambio es que una persona efectivamente siga un tratamiento o un plan terapéutico. Por ejemplo, es más probable que se recuperen aquellos que toman una medicación que se les ha prescrito, que aquellos que no cumplen con el consejo que se les ha dado, incluso cuando el fármaco es un placebo sin ingrediente activo alguno. Seguir el consejo del terapeuta o, de forma más general, seguir un programa estructurado a fin de cambiar, está asociado con resultados positivos.

De acuerdo a estos hechos, los autores consideran la motivación de un modo más pragmático y la definen como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.

- Pre Contemplación: es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- Contemplación: es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- Preparación: es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.
- Actuación: es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las

personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.

- Mantenimiento: empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

4.8.- Plan de Tratamiento Individual (PTI)[23]

4.8.1.- Definición y Consideraciones Generales

La aplicación práctica del Modelo Intervención se desarrolla a través de un **Plan Integral de Tratamiento individual (PTI)**, el que funciona como una estructura que organiza la acción de los distintos profesionales intervinientes en un sistema de orden lógico que permite generar un itinerario de actuación con metas y objetivos observables y definidos para cada persona. Es el diseño estratégico de la intervención para cada usuario, que se elabora en base al motivo de consulta, los insumos levantados en el proceso de evaluación integral y durante el proceso mismo de intervención. El PTI implica la traducción de las necesidades, las fortalezas y los riesgos identificados para un sujeto en particular, análisis que toma cuerpo en un documento escrito que responde a la fase de la trayectoria de la persona usuaria en el proceso de recuperación.

El Plan debe contener las metas del tratamiento y los comportamientos a ser alcanzados, los objetivos, indicar las intervenciones y actividades planificadas y el profesional responsable de la implementación de las intervenciones. Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada. Para cada uno de los objetivos se debe diseñar una estrategia de evaluación, con el fin de dar cuenta del avance progresivo en el logro de estos. Es importante considerar el registro de los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con el usuario y familia.

Junto con lo señalado, se espera la incorporación de las siguientes consideraciones:

- Debe ser consensuado con la persona usuaria, facilitando la participación activa en su elaboración.
- En lo casos que sean usuarios de algún Programa de MDS, debe consensuar acciones de atención de manera coordinada y complementaria, de manera tal que no exista sobre intervención, especialmente en el ámbito psicosocial. Tanto en la elaboración como en su ejecución se espera la participación de todo el equipo clínico y el equipo MDS, dependiendo de la ruta definida por el plan.
- Debe ser Flexible, en cuanto a que las evaluaciones periódicas identifiquen situaciones particulares del proceso del tratamiento, que indiquen al equipo modificar, ajustar o cambiar intervenciones.
- Debe ser breve y de comprensión fácil para todos los involucrados y consensuado por estos (profesionales y personas usuarias).
- Debe estar registrado en la ficha clínica.

[23] Se sugiere revisar documento revisar documento "Sugerencias Metodológicas para el Diseño de Planes de Tratamiento Individual". Disponible en la página web de SENDA (http://www.senda.gob.cl/tratamiento/recursos-tratamiento/).

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

- Evaluación periódica de los logros alcanzados por el usuario en su proceso de cambio.
- Identificar nudos críticos que obstaculizan el cumplimiento de los objetivos.
- Facilita la incorporación en el proceso de tratamiento de integrantes nuevos al equipo y, por lo tanto, la continuidad y coherencia en la implementación del plan,

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

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

4.8.2.- Actividades relevantes a considerar durante la ejecución del Plan de Tratamiento Individual

4.8.2.1.- Rescate

Acciones encaminadas a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que retome el proceso terapéutico. Estas acciones deberán realizarse en coordinación con equipo psicosocial MIDESO.

4.8.2.2.- Evaluación durante el proceso terapéutico

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

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

Para homologar criterios para la evaluación y registrarla en la carpeta o ficha individual del proceso de tratamiento de

las personas, se definen tres categorías de consenso para evaluar los logros en la evolución del proceso terapéutico de acuerdo a la apreciación clínica.

a) Con avances: Cuando ocurra cualquier cambio favorable en relación a las variables señaladas, que contribuya al logro de los objetivos planteados.
b) Sin avances: se mantienen los indicadores sin modificación respecto de la evaluación anterior.
c) Con retroceso: Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en relación a las variables señaladas, que obstaculicen o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos del proceso terapéutico

4.8.2.3.- Egreso y Evaluación del proceso terapéutico al egreso

Se concibe como el hito técnico y administrativo de cese de la relación terapéutica estructurada en base a un PTI, entre la persona usuaria y el programa de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa:

a) Alta Terapéutica: cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
b) Alta Administrativa: Procede en caso de fallecimiento de la persona usuaria, Incumplimiento Grave de las normas internas del Programa, traslado de domicilio a zonas o lugares sin oferta de tratamiento y término de contrato del programa si no hay voluntad del usuario de continuar el tratamiento en otro dispositivo.

c) Derivación: Traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta, cambio de domicilio u otra razón justificada.

Abandono: Interrupción del tratamiento por decisión de la persona usuaria. Considera:

- La declaración explícita de la persona de no continuar o,
- La inasistencia y/o pérdida de contacto con ella, por un tiempo igual o mayor a 45 días.

Para ambos casos, corresponde realizar a lo menos dos acciones de rescate o intervenciones motivacionales.

- Evaluación del proceso terapéutico al egreso.

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

a) Logro alto: alcance de la totalidad de los objetivos planteados. La persona se encuentra en condiciones de integrarse al medio de manera satisfactoria. Se aprecia la decisión por consolidar un cambio favorable en su estilo de vida.
b) Logro intermedio: alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para una integración social satisfactoria. Se aprecia una débil disposición y preparación para sostener un cambio de estilo de vida.
c) Logro Mínimo: con alcance mínimo de logros de los objetivos planteados. Se mantienen sin modificación la generalidad de las variables personales y del contexto que hacen pensar que la persona se encuentra en riesgo de una probable recaída. Se aprecia una débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

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

- Indicadores de seguimiento: permiten conocer la situación de la persona posterior a la alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados: Patrón de consumo; Situación familiar; Situación ocupacional; Relaciones interpersonales; Trasgresión a la norma social; Estado de salud mental y Estado de Salud Física.

4.9.- Ficha Clínica

La ficha clínica es, de acuerdo a la Ley 20.584, el instrumento obligatorio que tiene como finalidad la integración de la información necesaria para el proceso terapéutico de cada persona usuaria, considerando el registro de la historia clínica y de todo el proceso de atención. Las fichas clínicas podrán llevarse en soporte de papel, electrónico, u otro, y su contenido se registrará por el profesional que efectúa la prestación de salud, en el acto de otorgarla o inmediatamente después de ello. La información contenida en las fichas clínicas será considerada dato sensible (artículo 2o, letra g) de la ley No 19.628).

De acuerdo a la normativa (Decreto N°41, MINSAL, 2012), la ficha clínica de cada persona en tratamiento debe contener la siguiente información:

- Identificación actualizada de la persona usuaria: nombre completo, número y tipo de documento de identificación: cédula de identidad, pasaporte, u otro; sexo, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos de contacto y/o correo electrónico, ocupación, representante legal o apoderado para fines de su atención de salud y sistema de salud al que pertenece.
- Número identificador de la ficha, fecha de su creación, nombre o denominación completa del prestador
  respectivo, indicando cédula de identificación nacional o rol único tributario, según corresponda.

- Antecedentes vinculados a la derivación, si corresponde (entidad que deriva, profesional derivante, motivos de la derivación, entre otros). Para el caso de derivación desde Programas MIDESOFA, se espera que la ficha identifique el Programa y Profesional derivante, con los respectivos datos de contacto.
- Registro cronológico y fechado de todas las atenciones de salud recibidas: diagnóstico integral, consultas, evoluciones clínicas, indicaciones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, resultados de exámenes realizados, interconsultas y derivaciones, epicrisis y cualquier otra información clínica relevante para el monitoreo del proceso terapéutico. Si se agregan documentos, cada uno de ellos deberá llevar el número de la ficha.
- Decisiones adoptadas por la persona usuaria o respecto de su atención, tales como consentimientos informados solicitados durante el desarrollo de proceso terapéutico (para la realización de screening de drogas, por ejemplo), rechazos de tratamientos, solicitud de alta voluntaria, altas disciplinarias y requerimientos vinculados a sus convicciones religiosas, étnicas o culturales, en su caso.

Junto con lo anterior, se espera que la Ficha Clínica contenga los siguientes documentos y registros:

- Consentimiento Informado (CI) para el Ingreso a Tratamiento (Revisar Anexo 3).
- Diagnóstico Integral; que considera diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias, que incluye categorías diagnósticas y patrón de consumo, trastornos de salud mental asociados, anamnesis, evaluación del estado de salud mental y física, situación familiar y/o de otros significativos, grupo de pares, necesidades de integración, dimensión motivacional, variable delito, entre otros aspectos relevantes, que son analizados e integrados de manera comprensiva.
- Plan de Tratamiento Individual, registro de resultados de su evaluación y actualización, con un plazo no superior a tres meses.
- Registro de coordinaciones específicas realizadas con el intersector en el marco de PTI.
- Informes de Derivación a otro programa, Informes a Tribunales u otras instituciones que estén en coordinación con el programa y según las características y tipo de ingreso e Informe de Egreso, según corresponda.
- Exámenes médicos, procedimientos, prescripción y control de medicamentos.

Según la normativa vigente, cada uno de los documentos incorporados a la ficha clínica, en forma escrita o electrónica deberá llevar el número de la ficha respectiva.

5.- ANEXOS

5.1.- ANEXO 1: Gestión de Calidad y Sistema de Asesoría a los Equipos que ejecutan Programas de Tratamiento para Personas en situación de Calle que presentan consumo problemático de drogas.

Un aspecto central en la implementación de los Programas para personas que se encuentran situación de calle y presentan consumo problemático de drogas, es la Gestión de Calidad. Esta, se configura como una serie de estrategias orientadas al desarrollo progresivo de una *cultura de la calidad* en los equipos de atención, a través de herramientas específicas que favorezcan el mejoramiento técnico y administrativo continuo del Programa. Surge la figura del gestor/a de calidad como promotor y acompañante de este proceso. A esto se suman todos los esfuerzos que realice la propia institución/centro que ejecuta el programa, en la línea de la formación continua de los equipos y la evaluación de las propias prácticas.

La calidad se configura a partir de un conjunto de dimensiones, entre otras: accesibilidad, oportunidad, derechos de las personas usuarias, calidad técnica o competencia profesional, continuidad, efectividad, eficiencia, satisfacción usuaria, seguridad, comodidad/confort, por las cuales deberá velar el prestador.

En relación con lo anterior y considerando lo planteado por las OMS (2007), la valoración y comprensión de la calidad de atención en salud involucra una variedad de perspectivas, de acuerdo a los distintos actores que participan en el proceso y sus diferentes percepciones. A saber:

a) La perspectiva de la persona usuaria y su familia, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo de la persona tratante, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad.
b) La perspectiva del prestador, la valoración de la calidad puede centrarse en los aspectos científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como certificaciones y experiencia de los profesionales y la tecnología disponible.
c) La perspectiva del pagador del servicio, la característica que más valora es la eficiencia, es decir, lograr el mayor beneficio al menor costo.

La gestión de la calidad, permite incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones sanitarias otorgadas en los centros y programas de tratamiento; disminuir la variabilidad de la práctica clínica; mejorar la efectividad y la eficiencia en la toma de decisiones; usar los recursos de salud en servicios con valor demostrado para la mejora de salud de las personas e incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica y, a fin de mejorar la efectividad de las decisiones; entre otros.

Un sistema de gestión de calidad se concibe en el marco del desarrollo de procesos de *mejora continua,* que se refiere al hecho de que nada puede considerarse como algo terminado o mejorado en forma definitiva. Plantea, por lo tanto, que el proceso de cambio es permanente, con posibilidades de desarrollo y mejorar; en tanto persiste la motivación por la excelencia del servicio y los procesos que lo sustentan. Estos procesos no son estáticos, sino más bien son

dinámicos en constante evolución. Y este criterio se aplica tanto a las personas, como a las organizaciones y sus actividades.

El esfuerzo de mejora continua es un ciclo, a través del cual identificamos un área de mejora, planeamos cómo realizarla, la implementamos, verificamos los resultados y actuamos de acuerdo con ellos, ya sea para corregir desviaciones o para proponer otra meta más retadora. Este ciclo permite la renovación, el desarrollo, el progreso y la posibilidad de responder a las necesidades cambiantes de nuestro entorno, para dar un mejor servicio o producto a nuestros usuarios. El esfuerzo continuo por el mejoramiento de la calidad de los procesos de intervención en el ámbito de la salud implica acoger un mandato de carácter ético. La intervención sanitaria realizada por el equipo de tratamiento demanda que éste reconozca al sujeto tanto en su vulnerabilidad como respecto de sus recursos y potencialidades y exige la búsqueda de una atención de excelencia: "la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar". La intervención centrada en las personas no puede hacerse sin mediar la reflexión crítica de la organización respecto de qué es lo bueno, lo justo y cuáles son las estrategias, metodologías y acciones específicas para su consecución. La Gestión de la Calidad, entonces, comprendida como proceso, incluye como mecanismos esenciales: la asesoría y la evaluación.

Sistema de Asesoría

Se entenderá la Asesoría como un proceso continuo de acompañamiento al equipo tratante, por parte del/la gestor/a de calidad del equipo de tratamiento de SENDA regional, en colaboración con la profesional contraparte del Servicio de salud correspondiente a la localidad en la que se ejecuta el programa. que consiste en brindar orientación y apoyo mediante la sugerencia y/o la entrega de información relevante y atingente al tratamiento y los procesos asociados a éste. Es un proceso que fomenta la capacidad reflexiva de los equipos respecto a su práctica de manera participativa, facilitando la detección de problemas, así como el acompañamiento en la resolución de éstos, el reconocimiento y reforzamiento de actividades bien ejecutadas y la propuesta de soluciones correctoras atingentes, cuando corresponda. La asesoría, por lo tanto se dirige específicamente a proveer apoyo técnico a los equipos ejecutores de los programas de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, con el objetivo de promover el desarrollo de competencias técnico-clínicas, favorecer la coordinación y trabajo en red y fortalecer la organización de los programas y equipos de tratamiento, a fin de contribuir al mejoramiento continuo de la calidad de la atención brindada a las personas usuarias, de acuerdo a sus necesidades y recursos.

Objetivos de la Asesoría y Responsable

- **Objetivos Generales de la Asesoría**

Contribuir a la mejora continua y progresiva de los programas de tratamiento, favoreciendo el desarrollo de una cultura de la calidad en los equipos. Orientar y apoyar a los equipos en el diseño, implementación y desarrollo de un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, resolutivo y de calidad.

- **Objetivos específicos de la Asesoría**

- Contribuir al desarrollo de destrezas, habilidades y competencias de los equipos, que permitan mejorar las distintas dimensiones de un servicio de calidad.

- Promover y fortalecer el desarrollo de estrategias terapéuticas eficaces para el proceso de recuperación de las personas usuarias.
- Favorecer la formación continua, la trasferencia e intercambio de tecnologías y herramientas de acuerdo a las necesidades de los equipos.
- Favorecer en los equipos la reflexión crítica de sus prácticas, a fin de reforzar aspectos positivos y superar aquellos deficitarios.
- Promover la perspectiva de autocuidado y cuidado de los equipos
- Facilitar la continuidad de los cuidados de los/las usuarios/as a través del fortalecimiento y la gestión efectiva de la red de tratamiento y de salud general

- **Responsable**

La responsabilidad de la implementación del Sistema de Asesoría recae en el profesional Gestor/a de Calidad de SENDA Regional, quien en conjunto con cada equipo acuerda un plan y un cronograma de trabajo anual, de acuerdo a las necesidades de desarrollo, intereses de los actores involucrados e incorporando la diversidad regional.

5.1.2.- Metodología de Implementación de la Asesoría.

Para el desarrollo de este proceso se requiere inicialmente la planificación conjunta entre el equipo del programa y el /la gestor/a de calidad los siguientes aspectos:

a) Co construcción de un plan de trabajo para el año, que incluye contenidos, metas, resultados y productos a lograr, con sus respectivos plazos. Éste debe ser formulado en los tres primeros meses del año (o tres meses desde el inicio de la ejecución del convenio) y firmado por el gestor de calidad y el Encargado del Programa de Tratamiento.
b) Definición de estrategias de coordinación para el desarrollo de la asesoría, estructurando un cronograma de reuniones, actividades y evaluación de las acciones; las que tendrán la frecuencia que equipo y gestor/a acuerden como pertinente.

Cabe destacar que esta planificación inicial puede ser modificada, según acuerdo entre las partes y/o situaciones emergentes, tales como observaciones realizadas a partir de la supervisión de los programas de tratamiento, sean estas conducentes a multas o sanciones, o no. La implementación de la asesoría requiere de la construcción de una alianza de trabajo con los equipos de los programas, que facilite el cumplimiento de los objetivos de la gestión de calidad.

Esta Asesoría se desarrolla, por un lado, a través de contactos y visitas programadas y acordadas previamente con los equipos, además de otros contactos según los objetivos del plan, el diagnóstico de necesidades, y otros elementos emergentes, abordándose aspectos y/o necesidades de desarrollo particulares. Como fue señalado con anterioridad, la frecuencia de la Asesoría deberá ser definida considerando las fortalezas y debilidades que presenta cada programa en particular.

Cada una de las actividades de asesoría deberá ser registrada por el gestor de calidad con el propósito de disponer de información de este proceso y retroalimentar al equipo tratante. La asesoría considera, entre otras actividades:

1) Acompañamiento en la instalación y desarrollo del programa terapéutico, que permita:

- Anticipar dificultades potenciales en el desarrollo del programa de tratamiento.
- Identificar necesidades de formación y capacitación de los equipos, relevando su importancia y canalizándolas en los niveles pertinentes.
- Identificar y reforzar los aciertos en la intervención y en la implementación de los programas

2) Discusión, análisis y reflexión de elementos teóricos que sustentan los modelos de intervención que guían la acción de los equipos y cómo éstos se operacionalizan en metodologías específicas de intervención.

3) Discusión y análisis de casos clínicos, con el propósito de facilitar la reflexión interdisciplinaria y la construcción conjunta de alternativas de resolución de dificultades en un proceso de tratamiento.

4) Promoción de prácticas de autocuidado y cuidado de equipo de manera continua, que promuevan el bienestar del equipo, así como la detección y abordaje temprano de situaciones de agotamiento y sobrecarga.

5) Apoyo en gestiones de redes, flujos de derivación y coordinación intersectorial, tanto para acciones que se abordan en redes sanitarias como aquellas de carácter psicosocial.

6) Lectura y análisis de documentos, investigaciones, *papers* o artículos relacionados con las inquietudes y necesidades de formación del equipo u otro tipo de gestiones que permitan acceder a conocimientos, experiencias u otros profesionales expertos en materias específicas.

7) Apoyo en el uso sistemas de registro y análisis de información; relevando la importancia del mismo para la gestión del programa.

8) Asesoría y apoyo al programa en el monitoreo permanente de los resultados de tratamiento y las acciones de corrección necesarias; siempre en condición de las particularidades que presenta la intervención con esta población particular.

Entre las temáticas que se sugiere abordar en este proceso de asesoría están:

- Gestión general del programa (actualización del programa terapéutico, sistemas de registro clínicos, flujograma de atención, procedimientos de referencia y contra referencia, entre otros).
- Diagnóstico integral.
- Plan de tratamiento individual. - Integración de enfoque de género e intercultural en el programa.
- Integración de enfoque evolutivo y ciclo vital.
- Desintoxicación, gestión de riesgos, prevención de recaídas.
- Comorbilidad
- Instrumentos de diagnóstico.
- Estrategias motivacionales
- Técnicas de intervención individual y grupal
- Estrategias de apoyo a la integración social.
- Trabajo en equipo interdisciplinario.

- Estrategias de autocuidado y cuidado de equipos a nivel individual, de equipo e institucional
- Estrategias de Trabajo en Red, complementariedad e integración de la intervención.
- Conceptos y Estrategias de intervenciones especializadas para población en conflicto con la ley (enfoque criminológico, comprensión del circuito judicial, etc.).
- Integración de la perspectiva de derechos de los/las usuarios/as y orientaciones para su ejercicio.
- Estrategias de reducción de estigma.
- Marco Normativo MINSAL y Aspectos legales relativos al tratamiento.
- Manejo de contingencias y casos críticos, incluyendo situaciones de riesgo suicida - Aquellos elementos de gestión del programa que inciden en la intervención: conformación del equipo, protocolos y procedimientos, registro y análisis de datos, entre otros.

Detección de Situaciones Críticas

Durante el proceso de implementación del Programa PAC, se pueden presentar distintas situaciones problema que por su persistencia en el tiempo o la gravedad que revisten, se constituyen en críticas y requieren una estrategia de resolución de mayor complejidad. Estas situaciones pueden ser detectadas en el contexto del desarrollo de la asesoría, como también pueden ser señaladas o evidenciadas en otras instancias y/o por otra/s persona/s relacionada/s con el programa de tratamiento (usuarios, familiares u otros organismos vinculados, etc.), procesos de supervisión (conducentes a multas o sanciones, o no) u otras. A su vez, pueden categorizarse en los siguientes ámbitos, entre otros:

a) Ámbito Técnico – Clínico: corresponde a todo lo concerniente a los componentes específicos, directa e indirectamente relacionados con la entrega de la atención. Se distinguen:

- Prácticas del equipo que conlleven detrimento en el clima organizacional.
- Falencias en el desempeño del equipo (ausencia o registros incompletos, por ejemplo).
- Negligencias que afecten la recuperación o pongan en riesgo la vida de la persona en tratamiento
- Falencias en la coordinación intersectorial, que afecte los procesos de intervención y/o de continuidad de los cuidados.
- Falta de horas profesionales y/o técnicas que afecte el desarrollo y calidad de la ejecución del programa. - Otros.

b) Ámbito Ético y de Derechos de las Personas Usuarias: incluye aspectos relacionados con el conjunto de normas éticas o morales que rigen la conducta profesional y humana, en el marco del respeto a los derechos de todas las personas y la especial protección de las poblaciones más vulnerables.

La normativa vigente incorpora algunos elementos que buscan regular la relación entre las personas usuarias y los equipos de salud. En esta línea se incluyen, entre otras, las siguientes leyes y sus reglamentos: Ley 20.584 (Ley de Deberes y Derechos de las Personas en Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud), Ley 19.628 (sobre la Protección de la Vida Privada), Ley 20.422 (sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad), Ley 20.609 (sobre Medidas Contra la Discriminación), y otros; todo esto sumado a los códigos deontológicos particulares definidos desde disciplinas biopsicosociales, que definen un marco general de acción para los diversos actores que se vinculan en el espacio de la intervención en salud. Especial atención debe prestarse a las

siguientes situaciones las que, a la luz del desarrollo de la dimensión ética y las normativas legales, constituyen conductas o acciones éticamente cuestionables, en tanto riesgo o abierta vulneración de los principios que sustentan los Derechos Humanos, tales como:

- Discriminación de personas por condición de género, jurídicas, etnia, problemas de salud, económicos u otros.
- Establecimiento de transacciones comerciales entre integrantes del equipo y personas usuarias del programa de tratamiento y rehabilitación.
- Establecimiento de relaciones que impliquen abuso de poder y que desvirtúe la relación terapéutica entre integrantes del equipo y usuarios.
- Prácticas que vulneren la dignidad de las personas.
- Uso de información confidencial levantada en el marco del proceso terapéutico, para fines distintos, sin el consentimiento libre, voluntario e informado de la persona usuaria.
- Utilización de estrategias éticamente cuestionables tales como chantaje, amedrentamiento, manipulación o coacción con la finalidad de obtener el consentimiento de la persona usuaria.

Procedimiento para el Abordaje de las Situaciones Críticas

Una vez detectada la situación crítica, se deberá analizar si ésta puede constituir un posible incumplimiento de contrato, conducente a multas y sanciones o al término parcial o total del contrato. Para ello, se deben revisar cada periodo los respectivos contratos, tanto con entidades públicas como privadas, así como las correspondientes Bases de Licitación en el caso de estas últimas.

Si corresponde a incumplimiento conducente a multas o sanciones, se debe proceder a elaborar un Plan de Situaciones Críticas.

<u>Plan de Situaciones Críticas</u>

a. El/la gestor/a de calidad en conjunto con el equipo del programa serán responsables de desarrollar un Plan de Situación Crítica), que debe especificar los objetivos, las estrategias y acciones de solución, los plazos y responsables. Se considera que los plazos del plan no deben exceder los dos meses. El Plan debe ser firmado por el gestor/a y el director del programa e informado al representante legal.
b. Una vez finalizado el Plan se debe elaborar un Informe de Evaluación de Resultados, el que debe explicitar de manera concluyente si se cumplieron o no los objetivos. Este Informe se enviará con copia al director técnico del programa, al representante legal de la entidad prestadora.

b.1 Si se resuelve el o los problemas, este Informe de Evaluación de Resultados debe contener las soluciones implementadas y definir las estrategias de seguimiento para el mantenimiento de los logros y resultados en el contexto de continuidad del trabajo de asesoría, procediéndose al cierre del Plan de Situaciones Críticas.

b.2 En caso de incumplimiento de los objetivos, el informe deberá señalar los motivos, las consecuencias y recomendaciones en relación a la situación crítica no resuelta y se deberá solicitar apoyo al área Tratamiento nivel central.

5.2.- ANEXO 2: Sistema de Evaluación Técnica de Programas de Tratamiento y Rehabilitación

La Evaluación Técnica es una estrategia de suma importancia que se circunscribe en el marco de los procesos de mejora continua de la calidad. Implica el seguimiento y monitoreo de la intervención a partir de criterios de calidad específicos definidos para los programas de tratamiento y rehabilitación para personas que presentan consumo problemático de sustancias y alcohol, incluido el Programa para Personas en Situación de Calle.

Objetivos de la Evaluación y Responsable

- **Objetivo General**

- Evaluar el grado de desarrollo que presentan los programas PAC, en diferentes ámbitos, a fin de contribuir en el mejoramiento de la calidad de la atención de las personas que acceden a tratamiento.

- **Objetivos Específicos**

- Identificar fortalezas y debilidades técnico - clínicas de los programas PAC.
- Evaluar el nivel de formación, experiencia y organización de los equipos responsables de implementar los programas.
- Evaluar la disponibilidad de espacios físicos apropiados, cuando este sea requerido.
- Evaluar la coordinación y participación del programa en la red de tratamiento y a nivel intersectorial.
- Evaluar el uso y manejo de sistemas de registro e información (SISTRAT y Ficha Clínica Individual).
- Evaluar la existencia de procedimientos que garanticen el respeto de los derechos de las personas en tratamiento.
- Recomendar modificaciones a la implementación de los programas PAC.

- **Responsable**

La Evaluación Técnica será desarrollada por un representante del Área de Tratamiento de Senda Regional y deseable que se realice en coordinación con representante de MINSAL a nivel regional.

5.2.2.- Metodología de la Evaluación

La Evaluación podrá realizarse a partir del levantamiento de información, por parte del equipo de Tratamiento de SENDA a través de un instrumento que considere los aspectos de mayor relevancia para el programa. Esta actividad se realizará una vez al año, en fechas acordadas. Este instrumento se aplicará de forma presencial y los datos

obtenidos serán registrados en un formato específico de Evaluación.

Como fue señalado, en el marco de la mejora continua, la evaluación se articulará con una serie de otras acciones, entre las que se considerará:

a) Aplicación de instrumento de evaluación.
b) Devolución de los resultados de la evaluación al equipo ejecutor del programa.,
c) Identificación de aspectos a mejorar y susceptibles de ser abordados en el proceso de Asesoría e
d) Incorporación de estos temas en el Plan de Trabajo Anual a implementar entre el/la gestor/a de calidad y el equipo ejecutor. Ejecución de asesorías y otras acciones.
e) Evaluación de la implementación del Plan; identificando avances y logros y nuevas brechas de mejora.
f) Eventualmente, presentación de los resultados regionales en instancias de red de drogas e intersectoriales.

El instrumento de evaluación puede considerar los siguientes elementos:

- Aspectos Técnicos: Proporciona información sobre los aspectos técnicos asociados al tratamiento y la atención de las personas usuarias.
- Recursos Humanos: Otorga información relativa a la conformación de los equipos de tratamiento, disponibilidad de horas semanales destinadas por cada integrante del equipo, los años de permanencia de los profesionales y técnicos en el programa y los años de experiencia en la atención directa de personas en programas de tratamiento y rehabilitación.
- Derechos y Satisfacción Usuaria: Recoge información respecto al conjunto de procedimientos utilizados que garanticen el respeto y ejercicio de derechos de las personas en tratamiento y de sus familias.

Para la aplicación de la Pauta, se han definido los siguientes métodos específicos de recolección de información:

a) Observación: Consiste en recorrer todas las instalaciones del centro y registrar los elementos claves que den cuenta de los estándares de calidad necesarios según lo señalado anteriormente.

b) Entrevistas indagatorias: El evaluador se entrevistará con el encargado del Programa e integrantes del equipo e indagará sobre aspectos cruciales que dicen relación con la organización, planificación y aspectos técnicos del programa de tratamiento.
c) Revisión de documentos que permitan observar aspectos relativos al programa de atención y al registro de la información clínica.

5.3.- ANEXO 3: Orientaciones Generales para la Implementación del Consentimiento Informado (CI) en población adulta y Formulario General

I.- Presentación

La Agenda Sanitaria Mundial de la OMS (2006-2015), destaca con especial énfasis la necesidad del desarrollo e implementación de sistemas jurídicos y políticas orientados al respeto de los derechos humanos relacionados con la salud; a través de la incorporación de un Enfoque Basado en Derechos Humanos (EBDH). Este enfoque busca movilizar mejores y más sostenibles avances en el desarrollo, contemplando el análisis y abordaje de las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de abuso de poder.

En este marco, resulta de especial relevancia la promoción de derechos de las personas en el ámbito de la atención en Salud Mental. Las dificultades en la incorporación de prácticas basadas en la evidencia en los tratamientos y el estigma asociado a condiciones de discapacidad mental, intelectual o problemas de abuso de drogas impactan negativamente en la calidad de los servicios prestados; dando curso a tratamientos de baja eficacia, brechas de acceso al sistema y manifestaciones diversas de vulneración de derechos. Las creencias equivocadas respecto de estas personas –que no pueden tomar decisiones o cuidar de sí mismas, que son peligrosas o meros objetos de compasión y asistencia social-, no aportan en absoluto al abordaje de la problemática, sino que aumentan la vulnerabilidad y obstaculizan los procesos de recuperación[24].

La incorporación del EBDH en el ámbito sanitario hace referencia a un cambio cultural sustantivo que ha de manifestarse en los distintos espacios y niveles de gestión de la política pública sanitaria. Para lo anterior, un primer encuadre consiste en la generación de un sistema jurídico de reconocimiento de los derechos civiles, económicos, culturales, políticos y sociales de todas las personas.

La ley que *Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con las Atenciones Vinculadas a su Atención en Salud* (Ley N° 20.584 del 13 de abril de 2012), implica un avance en el reconocimiento jurídico de la *autonomía*[25] *y la capacidad de autodeterminación que tienen las personas* en el ámbito sanitario. En el texto jurídico, este reconocimiento se explicita al hacer referencia al *Consentimiento Informado*.

El presente documento tiene por objetivo dar cuenta brevemente de los fundamentos éticos y jurídicos que subyacen a la exigencia de incorporar la práctica del Consentimiento Informado (C.I) en el ámbito sanitario, orientando su implementación en los Programas de Tratamiento de drogas para población adulta en convenio con SENDA. Se busca, a través de la comprensión de la lógica del CI –tanto en su dimensión de proceso como instrumento-, aportar al desarrollo de prácticas respetuosas de los derechos de las personas y promotoras de procesos de recuperación.

---

[24] OMS, Quality Rights, Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2012.

[25] La autonomía es la facultad de darse normas de conducta propias y asumir responsablemente las consecuencias de las propias decisiones

II.- Antecedentes.

• Consentimiento Informado como señal de cambio en la relación terapéutica: del paternalismo tradicional hacia el diálogo entre sujetos morales.

El CI se posiciona hoy en día en el corazón de la bioética moderna, en tanto simboliza un cambio trascendental respecto del modelo clásico de relación entre el profesional tratante y la persona usuaria. El modelo clásico de atención sanitaria se define por la relación paternalista entre el que interviene y el sujeto intervenido, identificando al profesional como aquel que *sabe lo que es mejor para la persona* y lo que el paciente pudiese opinar respecto de la propia intervención resultaría más bien un dato anecdótico ("Todo por el paciente, pero sin el paciente"). A la base se encuentra la idea de que la persona que padece una determinada enfermedad – de carácter mental o física-, no sólo desconoce los medios para aliviar el propio dolor, sino que, aunque los conociera, resulta incapaz de ponerlos en práctica. Por lo tanto, su rol se configura como un sujeto pasivo, "objeto" de la intervención: "paciente", no solo por *padecer* (de dolor, enfermedad, necesidad) sino también por *esperar* (la intervención de otro que cura alivia y resuelve).

La historia da cuenta de la necesaria trasformación de esta relación, impulsada por una sucesión de hechos que deterioraron la atmósfera de confianza entre el médico y el paciente y la progresiva deshumanización/despersonalización del ejercicio del médico (interventor) en el marco de la vertiginosa tecnologización y mercantilización de la salud[26].

El reconocimiento histórico de las graves vulneraciones, resultantes de la negación de la autonomía y dignidad de las personas en el ámbito de intervención socio sanitaria y el reconocimiento de que salud y enfermedad no responden sólo a parámetros objetivos determinados desde el que interviene –el experto técnico clínico- sino también a la experiencia subjetiva emocional, valórica, incluso motivacional del sujeto –el experto en la propia vivencia-; resultan en el posicionamiento del *diálogo* como elemento fundante de la nueva relación terapéutica. Según Diego Gracia (1987) esta trasformación de la relación clínica fue el resultado de la aparición de la Bioética a inicios de los años 70.

El Consentimiento Informado, surge entonces como la figura en la que se plasma este nuevo paradigma, **reconociendo que existen responsabilidades diferenciadas tanto para el profesional como para la persona usuaria**: el primero aportará a la relación clínica sus conocimientos científicos y técnicos y su experiencia para establecer las indicaciones terapéuticas adecuadas y la persona usuaria aportará sus valores, sus preferencias y sus creencias (Simón y Barrios, 2014).

- **El rol del Terapeuta en el Proceso de Consentimiento Informado.**

En este nuevo marco, el rol del terapeuta consiste en:

a) *evaluar la capacidad de la persona usuaria* para comprender la información, evaluarla y comunicar sus decisiones y

[26] La autonomía es la facultad de darse normas de conducta propias y asumir responsablemente las consecuencias de las propias decisiones

b) *promover el desarrollo de la autonomía, la autodeterminación y la capacidad para consentir de las personas usuarias* durante todo el proceso terapéutico; explorando, identificando y fortaleciendo las potencialidades y recursos del sujeto. Lo anterior implica necesariamente comprender que el respeto por la autonomía del usuario/a **no implica de modo alguno renunciar a la *responsabilidad de cuidado* en relación con este otro,** que se encontraría en una situación de vulnerabilidad. Es decir, se espera que el terapeuta se situé en la relación "con y para con el otro".
c) *apoyar a las personas para el ejercicio efectivo de sus derechos*; particularmente a aquellas que presenten algún grado de discapacidad y según lo indican los Principios de la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas**[27] y las disposiciones que contiene.

• **Consentimiento Informado en la legislación chilena actual.**

La legislación ha recogido el fundamento ético del CI con el objetivo de contextualizar el ejercicio del derecho de autonomía de la persona usuaria en el marco de la cultura en la que se implementa (valores culturales, sociales y también los derechos del profesional que interviene (Kottow, 2016).

Respecto de la legislación nacional, en la Ley 20.584, el reconocimiento de la autonomía de la persona en el contexto de intervención sanitaria se explicita en el párrafo 6, inciso 1, al hacer referencia al Consentimiento Informado (Art. 14, 15 y 16) y el Decreto N° 31 del MINSAL que aprueba el reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud.

La ley n°20.584 entiende el **CI como un derecho**, lo que implica que ya no depende de la buena voluntad o disposición del profesional tratante a informar. Al tener este derecho calidad normativa, pasa a ser exigible: *"Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud... Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible"*.

Respecto de la información que debiera entregarse a la persona usuaria, la Ley establece contenidos mínimos:

a) Las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que el prestador respectivo ofrece o tiene disponibles y los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a dichas prestaciones, así como el valor de las mismas.
b) Las condiciones previsionales de salud requeridas para su atención, los antecedentes o documentos solicitados en cada caso y los trámites necesarios para obtener la atención de salud.
c) Las condiciones y obligaciones contempladas en sus reglamentos internos que las personas deberán cumplir mientras se encuentren al interior de los establecimientos asistenciales.

[27]La Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (Decreto 201, del Ministerio de Relaciones Exteriores, de Agosto de 2008), identifica como Principios Generales de la Convención los siguientes: (a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; (b) La no discriminación; (c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; (d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; (e) La igualdad de oportunidades; (f) La accesibilidad; (g) La igualdad entre el hombre y la mujer; y (h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. Disponible en https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=278018.

d) Las instancias y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias.

La ley señala que el consentimiento se solicita y se entrega de forma verbal; salvo en intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y en general procedimientos que impliquen riesgos para la salud de las personas (Art. 4).

El Decreto N° 31 (MINSAL, 2012), especifica en el Artículo N° 1: "Todo profesional de la salud, que otorgue atención a una persona, en calidad de tratante, sea en un establecimiento público o privado, de atención abierta o cerrada, o en otro lugar, debe comunicar a su paciente de acuerdo con los antecedentes de que dispone, la situación o condición de salud que lo afecta, su diagnóstico de la misma, los tratamientos disponibles para su recuperación o para la mejor mantención de su vida, el pronóstico previsible, el proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, las posibles complicaciones o riesgos y costos personales que implican dichos tratamientos y, en general, toda situación que considere relevante para que éste tenga conocimiento de su situación, de sus posibilidades de mejoramiento y de los eventuales riesgos que corre. Esta información se proveerá en forma oportuna y comprensible para quien la recibe teniendo en cuenta la edad de la persona, su condición personal, capacidad de comprensión y su estado emocional...".

En el marco de la intervención en Salud Mental y particularmente respecto de la psicoterapia, el C.I se encuentra implícito en la relación terapeuta usuario/a. El terapeuta no puede obligar a la persona a participar en una intervención particular en contra de su voluntad... "esto desnaturalizaría la psicoterapia misma, así que cuando este asiste a cada sesión está consintiendo tácitamente la realización de la misma"[28]. De esta forma, se esperaría que, dependiendo del procedimiento, el consentimiento pueda presentarse de forma tácita o expresa.

III.- Definición de Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado (CI), en el ámbito de la acción sanitaria consiste en un **proceso gradual**, en el centro de la relación terapeuta-usuario/a, en virtud del cual el sujeto (capaz) recibe del sanitario la **información suficiente y comprensible** que le permita **participar voluntaria y activamente**, junto con el profesional implicado, en la **toma de decisiones** respecto del diagnóstico y tratamiento de la posible enfermedad (Simón y Barrio, en Bioética Clínica, 2014).

Consentimiento Informado, es entonces un proceso de encuentro y diálogo entre el equipo médico y la persona usuaria, **desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva**[29], en una construcción cotidiana y permanente del proceso terapéutico.

Existe la tendencia a comprender que el CI consiste exclusivamente en la firma de un formulario determinado. Esta visión distorsiona en sentido ético y jurídico del mismo al reducir el proceso comunicativo interpersonal a un procedimiento burocrático y muchas veces secretarial (Kottow, 2016).

- Sólo una vez comprendido el sentido y fundamento del CI, la firma de un formulario de consentimiento

[28]Cornejo María Isabel, Vallejo, Geovanna, El Consentimiento Informado en Psiquiatría, Una Mirada desde el Derecho en las Legislaciones de Colombia, Chile y España, en Revista de Derecho Universidad de Chile.

[29]Anguita, Verónica, Guías de Consentimiento Informado. Documento de Trabajo, MINSAL.

representa el soporte documental que garantiza que la persona ha participado en la toma de decisiones y que dispone de la información relevante respecto de su tratamiento.

- **Elementos Centrales del Consentimiento Informado**[30]

Proceso continuo, dialógico (hablado), comunicativo y prudencial, que ocasionalmente requiere del apoyo escrito.

Voluntariedad. Proceso libre de manipulación, coacción o amenaza por parte del profesional tratante. La persuasión puede ser un elemento muy importante a considerar; siempre y cuando sea movilizada a partir de la honestidad y prudencia del profesional.

Información Suficiente y Comprensible. La información a entregar debe ser adaptada a las peculiaridades socioculturales de la persona usuaria; cuidando el lenguaje verbal, no verbal y escrito resulte plenamente comprensible. Se debe explicar a la persona usuaria la naturaleza y objetivos del tratamiento, beneficios, riesgos y alternativas existentes.

Capacidad (Competencia), por parte de la persona para comprender la información y reflexionar sobre ella (razonar), evaluarla, tomar decisiones en base a los fundamentos del propio razonamiento y comunicar su decisión. (Kottow, y Saada, A, 2007).

Deliberación y Decisión. La persona usuaria acepta o rechaza la propuesta diagnóstica y/o terapéutica, para da inicio a un nuevo proceso de toma de decisiones. Frente a la decisión de rechazo, se espera el inicio de una nueva negociación entre profesional y usuario o bien la obligación de referir a la persona a otra instancia terapéutica, resguardando la continuidad de cuidados.

¿Qué NO ES el Consentimiento Informado?

- No es un simple contrato[31].
- No es un documento informativo aislado del proceso terapéutico.
- No es un instrumento para eliminar la responsabilidad del profesional o del equipo tratante respecto del impacto que pueda tener intervenciones equivocadas o negligencias en la persona ("él/ella firmó de forma libre y voluntaria").

---

[30] Simón, P y Barrio, Inés, Consentimiento Informado. En Bioética Clínica, Editorial Mediterráneo, 2012

[31] Entendiendo el simple contrato como "pacto o convenio, oral o escrito, entre partes que se obligan sobre materia o cosa determinada, y a cuyo cumplimiento pueden ser compelidas" o bien "Documento que recoge las condiciones de un contrato" (RAE). Distinción especial merece el "Contrato Terapéutico", el que puede ser definido como un "compromiso bilateral explícito de seguir una línea de acción bien definida" (Berne, 1983), el que representa un acuerdo entre el terapeuta y la persona usuaria con el objetivo de propiciar el cambio de conducta de este último. Si bien el contrato terapéutico comulga con el sentido y principios que sustentan el consentimiento informado, dando cuenta de un compromiso de cooperación entre el terapeuta y la persona usuaria, el Contrato Terapéutico es específico al explicitar las líneas de acción a seguir para el logro de un cambio particular, comprometiendo la acción de ambos actores. Para mayor información respecto de Contrato Terapéutico, se sugiere revisar: Masso, F. (2010). El contrato terapéutico.

- **Consideraciones especiales respecto del Consentimiento Informado**

➢ Un documento que contiene información demasiado sucinta y resumida no es suficiente como documento de "consentimiento informado". Esto implica que el profesional debe dar el tiempo suficiente o necesario para acoger todas las dudas, de la persona usuaria o su familiar acompañante, antes de la aplicación de instrumentos o pautas de evaluación, del inicio del tratamiento farmacológico o de otras intervenciones.

➢ Se sugiere que el "consentimiento informado" sea firmado por la persona que lo da o su acudiente legal, así como por el terapeuta responsable, incluyendo siempre el número de identificación (RUT) de todos los allí presentes.

➢ Dejar siempre la voluntad explícita de los terapeutas de respetar la autonomía de la persona usuaria usuario. La firma de un CI no implica la aceptación perpetua de lo que ahí se señala, en el proceso terapéutico, la persona puede cambiar de opinión.

➢ Tener siempre presente en la intervención la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia y la búsqueda de resultados.

➢ NUNCA manipular, ni coaccionar.

➢ Consideración de circunstancias espacio-temporales que pudieran afectar la libertad de la persona para decidir.

➢ Dar el tiempo suficiente o necesario para acoger todas las dudas, preguntas de la persona usuaria o su familiar acompañante (Sensibilidad y Paciencia).

➢ Animar a la persona a que pregunte, o esclarezca toda duda o expectativa que pueda tener, antes, durante o al finalizar el proceso terapéutico.

Tener siempre presente en la intervención la preeminencia de los derechos del sujeto antes que el deseo de eficiencia y la búsqueda de resultados "terapéuticos".

IV.- Excepciones al requerimiento de Consentimiento Informado de Personas Adultas

Se entienden por excepciones al CI aquellas situaciones clínicas que pueden justificar la no obtención del mismo por parte del terapeuta.

1. <u>Cuando existe riesgo para la salud pública</u>. El decreto N° 31, artículo 4° es específico al señalar que esta indicación aplica respecto del riesgo de diseminación o contagio de enfermedades a la población general.
2. <u>Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica de la persona usuaria</u>, a no ser que se le otorgue atención sanitaria inmediata. Se refiere a las emergencias médicas que no admiten demoras.
3. <u>Cuando existe un grado muy elevado de convencimiento de que proporcionar información a una persona y solicitar su consentimiento, podría producirle algún daño psicológico severo</u> (también llamada "excepción terapéutica"). El decreto, artículo 4°, señala que frente a situaciones de alteración de conciencia que presente la persona, también se podrá apelar a la excepción en el CI.

Resulta importante señalar que esta última excepción resulta ser la más éticamente delicada, debido al riesgo de ser utilizada equivocadamente y movilizado desde el paternalismo clásico, invalidar a priori la posibilidad de consentir de la persona. Ahora bien, si dado el caso, el profesional tratante estima apropiado hacer uso de este fundamento para la no solicitud de CI., la misma ley da cuenta de la necesaria búsqueda de una segunda oportunidad para retomar el

proceso de consentimiento al señalar que "una vez que (la persona usuaria) recupere su capacidad de comprender, si ello ocurre, se le proporcionará esta información directamente a él" (Decreto 31, Art 4°)

El que una persona no presente la competencia para consentir en determinado momento, de ninguna forma implica que el terapeuta pueda, según su criterio personal o profesional, decidir la no realización de Consentimiento informado y sin más, proceder a la ejecución de la intervención. Para estos casos –que debieran considerarse excepcionales, por lo demás-, el terapeuta deberá solicitar el CI de la persona representante, respetando los mismos principios de aplicación. Para estos casos, se señala que el consentimiento que entrega esta otra persona respecto de la atención a recibir por la persona usuaria es un "Consentimiento por representación o sustitución"[32]

Es importante señalar que, si bien el modelo de sustitución es el que existe en Chile para estos casos, es un modelo que está en retirada en pos de modelos más avanzados que siempre incluyen la "voluntad y preferencia" de los sujetos, entendiendo **la capacidad de consentir como una capacidad no binaria sino que se expresa en una gradiente**, siempre presente, que podría requerir de formas de apoyo y ajustes más o menos intensas para ejercerse

V.- Sobre los Formularios de Consentimiento Informado

Como fue señalado anteriormente, la firma de un documento de CI, **no es** el Consentimiento Informado, sino que funciona como un medio de prueba, como un verificador de que este proceso ha ocurrido.

Respecto del formulario de CI, que autorice al equipo tratante para dar inicio al tratamiento por consumo problemático, se estima que el documento más adecuado sería aquel que, sin llegar a ser específico en la descripción de todas las intervenciones a realizar, asegura una comprensión global del tratamiento ofrecido y cuenta además con un espacio definido para las especificaciones particulares, respecto de cada persona usuaria. En términos generales, Anguita (Documento de Trabajo, MINSAL)), plantea que todo formato de CI debiera considerar a lo menos los siguientes elementos:

a) Sobre qué se está pidiendo consentimiento (qué es lo que se va a hacer)

b) Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros)

c) Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados)

d) Cuáles pueden ser los riesgos que se corre (riesgos más frecuentes y más graves)

e) Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo (alternativas disponibles)

---

[32] *la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la Proporcionan*. MINSAL, 2000. Disponible en http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=173059
El Decreto 4, *Que Aprueba Reglamento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Perjudicial o Dependencia a Alcohol y/o Otras Drogas*, Artículo 2º, expresamente señala que los centros de tratamiento (ambulatorios y residenciales) solo podrán admitir el ingreso de personas que voluntariamente, se incorporen a un programa de tratamiento y rehabilitación ambulatoria y/o residencial. Disponible en http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/CL/decreto_4.pdf

f) Qué ocurriría (clínicamente) si la persona usuaria decide no acceder a lo que se le ofrece (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento.

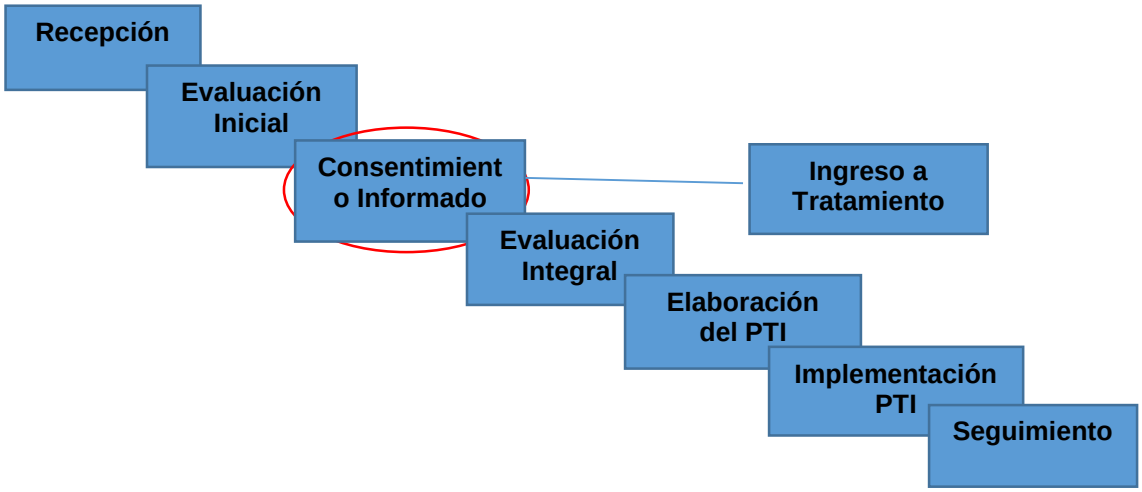
g) Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada)

h) Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (revocabilidad)

VI.- Aspectos que debe considerar el Consentimiento Informado para el Inicio del Tratamiento por Consumo Problemático de Drogas para personas adultas.

El consentimiento informado, representa un hito en la *trayectoria de atención* de la persona usuaria, posterior a la Evaluación Inicial y que antecede al proceso de Evaluación Integral.

Trayectoria General de Atención



La información central a entregar por el profesional es la siguiente:

a) Respecto de las intervenciones:

El equipo tratante en conjunto el /la usuario/a, elaborarán un Plan de Tratamiento Individual en el que se identificarán los objetivos, actividades y tiempos estimados que tendrán las intervenciones; entre las que se pueden encontrar:

- Atención individual, familiar y/o grupal.
- Visitas e intervenciones domiciliarias o en terreno.
- Atención por parte de equipo técnico-profesional (médico, asistente social, psicólogo/a, y otros).
- Tratamiento con fármacos si se estima necesario. Si este fuera el caso, la persona usuaria será informado/a oportunamente respecto de los motivos, duración y efectos secundarios de los fármacos recetados.
- Derivación a otro dispositivo de la red de atención en salud mental (Programa residencial, Ambulatorio o

Unidad Hospitalaria de Cuidados Intensivos en Psiquiatría), si fuese necesario.

- Interconsulta a otros centros y/o programas de la red de atención socio sanitaria local para complementar la intervención.
- Informar respecto de otras actividades específicas que contemple el Programa.

b) Respecto de la Confidencialidad:

La información obtenida durante las atenciones será estrictamente confidencial, y sólo el equipo tratante podrá tener acceso a esta.

No obstante lo anterior, el centro/programa está obligado a entregar información relativa al tratamiento en los siguientes casos: (1) a solicitud de un juez cuando el ingreso al programa se produzca en contexto judicial, (2) Cuando, desarrollándose el tratamiento en contexto judicial, se requiera informar a terceros (3) cuando el Tribunal lo solicite formalmente; (4) cuando la Contraloría General de la República solicite datos con el fin de evaluar gestión de los programas de tratamiento y (5) cuando exista vulneración grave de derechos que involucren a la persona usuaria. En todos los casos, la persona deberá ser informada respecto del objetivo, contenido y periodicidad de la información entregada.

Frente a la solicitud de información que realice una institución/organización distinta a las identificadas anteriormente, se solicitará a la persona usuaria su consentimiento por escrito. En todos los casos, la persona deberá ser informada respecto del objetivo, contenido y periodicidad de la información entregada. La persona usuaria podrá rechazar entregar información, frente a lo cual el equipo deberá resguardar que no existan consecuencias negativas u obstáculos en el proceso terapéutico y la continuidad de la atención.

En aquellos casos en que la necesidad de continuidad de cuidados o de derivación (o derivación asistida) a otro dispositivo de salud así lo requiera, se entregará la información necesaria, cautelando que su forma de entrega permita mantener su reserva.

El equipo tratante definirá un/una responsable de la digitación de información individual relativa al tratamiento en el Sistema SISTRAT. Estos datos, al ser considerados como “datos sensibles”, serán codificados de forma automática por el sistema, resguardando la vinculación de la información con una persona en particular.

Se pedirá el consentimiento de la persona usuaria por escrito para fotografiar, grabar o filmar actividades en las que participe.

c) Respecto del Financiamiento:

El tratamiento propuesto es financiado por el Estado de Chile a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, SENDA; por lo tanto, NO se realizará cobro alguno por concepto de atención.

d) De la Expresión de la Opinión respecto del Tratamiento

La persona usuaria en tratamiento tiene derecho a expresar su opinión (Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones), directamente al equipo tratante y/o a través del Libro de Reclamos y Sugerencias, al cual puede acceder toda vez que lo requiera. Corresponde informar a la persona respecto del lugar en el que este libro se encuentra.

Junto con esto, la persona usuaria puede expresar todas las dudas que tenga respecto del tratamiento al equipo/profesional tratante, en este momento o bien durante todo el desarrollo del mismo.

Resulta fundamental informar a la persona, que podrá libremente cambiar de opinión, es decir lo aquello que una persona consiente en un momento determinado, puede ser rechazado en un momento posterior.

A continuación, se presentan los siguientes documentos: Formulario de Consentimiento Informado para el Inicio de Tratamiento por Consumo Problemático de Drogas de Personas Adultas y Formulario de Consentimiento para Consultar Opinión de la Persona Usuaria respecto del Proceso de Tratamiento.

Se sugiere disponer de estos Formularios en hoja tamaño Oficio y entregar copia del documento a la persona usuaria firmante.

Los documentos originales firmados deberán ser archivados en la correspondiente Ficha Clínica Individual.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL INICIO DE TRATAMIENTO POR CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS DE PERSONAS ADULTAS

Centro:	
Programa:	
Servicio de Salud:	

Yo....., cédula de identidad N°....., con fecha....., declaro que:

He ingresado al tratamiento de manera libre y voluntaria. Se me informó que puedo interrumpir el tratamiento en cualquier momento, sin por ello implicar consecuencias para mí o para mi familia.

He sido informado/a sobre las actividades generales del programa.

He sido informado/a respecto de las normas del programa y también acerca de mis derechos y deberes.

He sido informado/a que el tratamiento a empezar no tiene costos para mí y es financiado por el Estado.

He sido informado que por la necesidad de continuidad de cuidados o de derivación (o derivación asistida) a otro dispositivo de salud, se entregará la información necesaria respecto a mi tratamiento y condición de salud, de manera formalizada, cautelando que su forma de entrega permita mantener su reserva.

He sido informado/a sobre las situaciones en que el equipo terapéutico entregará información relacionada con mi proceso a otras instituciones.

He sido informado/a que tengo derecho a que se me informe del motivo, beneficios y riesgos de las acciones que pudiera contemplar mi tratamiento, y que tengo derecho a aceptarlas o rechazarlas.

Declaro que he comprendido la información recibida hasta ahora y que he quedado satisfecho con la misma.

Acuerdos particulares:

Nombre, Firma y RUT	Nombre, Firma y RUT
Usuario/a	Representante Centro/Programa de Tratamiento

***OPCIONAL**

Nombre, Firma, RUT
Representante/Acompañante/Familiar

ANEXO 4: Ficha de Derivación a Programas de Tratamiento

FICHA DE DERIVACION A PROGRAMA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO MDSF-SENDA

Fecha derivación	

I. ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre						N° Rut	
Edad		Fecha Nacimiento		Estado Civil		Hijos (Si, No, Cuántos)	
Escolaridad (Identifique el último nivel cursado)				Situación Laboral			
Lugar donde habita. (Indicar la comuna, calle de referencia y de intersección. En caso de dispositivo, agregar Institución)							
Teléfono de contacto. Personal u otra persona de referencia (si existe)				Previsión (AFP)			
Género				Mujer embarazada. (Marque alternativa)		SI	NO
Previsión Salud (Marque alternativa)	SI	NO	Nombre del Dispositivo de Atención				
Tipo de Previsión (Marque alternativa)	ISAPRE			FONASA			
Familiar o persona significativa	Nombre				Tipo de Vinculación (Mamá, amigo, etc.)		
	Teléfono / Dirección						

II. ANTECEDENTES RELEVANTES DEL CONSUMO

Se aplica Escala ASSIST	SI	NO		
Sustancia principal de consumo				
Vía de administración				
Frecuencia de consumo. (Mencione cuántas veces a la semana consume la persona)			Edad Inicio (consumo sustancia principal)	
Tratamientos anteriores	SI	NO		
Tiempo de permanencia en el tratamiento anterior y motivo de egreso (alta terapéutica, alta administrativa, derivación, abandono).				

III. REFERIDO DE:

Nombre de Institución o Programa MDS que deriva			
Dirección			
Teléfono		Correo electrónico	
Nombre del profesional que refiere		Cargo	

IV. REFERIDO A:

Nombre Centro/Programa de Tratamiento			
Persona de Contacto en el Centro		Cargo	

V. MOTIVO DERIVACIÓN. **Describir el motivo para la derivación (antecedentes del consumo problemático, manifestación voluntaria de tratamiento, otras.).**

VI. OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

7.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

7.1.- Orientaciones Técnicas

- Arenas F; Tirado R. *Programa de Intervención en Viviendas de Apoyo en Andalucía* . Sevilla : Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. España. 2004.
- Baños, M. D. *Epidemiología del Consumo de Cannabis en Jóvenes y Adolescentes.* Cap. 13. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoide. Departamento de Bioquímica y Biología Molecular**,** Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. 2002.
- Barros P., De los Ríos D, Torche F. *Lecturas sobre la Exclusión Social.* Oficina Internacional del Trabajo (O.I.T.), 1996.
- Bustelo E. , Minujin A. Todos Entran: propuestas para sociedades incluyentes. UNICEF, Ed. Santillana. Bogotá. 1998
- Cardona O. D La necesidad de representar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Centro de estudios sobre desastres y riesgos CEDERI. Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia2003 Disponible en http://www.desenredando.org
- Carrol K.; Rounsaville, B.; and Keller, D. *Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse*. American Journal of Drug and Alcoho*l Abuse 17(3): 249-265, 1991.*
- Carrol K.; Rounsaville, B., Nich, C., Gordon, L., Wirtz, P., and Gawin, F. *One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects*. Archives of General Psychiatry 51: 989-997, 1994.
- Castel R. *La Metamorfosis de la Cuestión Social*. Editorial Paidos, 1º Edición, Buenos Aires, 1997.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Estrategia Nacional sobre Drogas*. Santiago. CONACE. 2003.
- Chile. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. *Intervención Picosocial*. Santiago. CONACE. 2005
- Chile. Ministerio de Planificación. Sistema Integrado de Información Social. *Módulo de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN 2007
- Chile. Ministerio de Planificación. *Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle: "Habitando la Calle".* MIDEPLAN. 2005.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Estrategia de Intervención*. MIDEPLAN. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa Calle Chile Solidario: *Taller de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle*. MIDEPLAN. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Proyecto Fondo de Iniciativas Complementarias, Programa Chile Solidario "Fortalecimiento de redes sociocomunitarias en las personas en situación de calle, en las comunas de Lo Espejo, La Cisterna, Estación central y Pedro Aguirre Cerda". Caleta Sur. Santiago. 2007.
- Chile. Ministerio de Planificación. Programa de Apoyo a la Integración Social de Personas en Situación de Calle; Sistema de Protección Social Chile Solidario. *Estrategia de Intervención Fase Piloto del Programa*. Julio de 2007.
- Chile. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago. MINSAL. 2000.

- Chile. Ministerio de Salud. Departamento epidemiológico. I Edición. Santiago 2002. disponible en www.minsal.cl/ici/doc_reforma/objetivos
- Plan Nacional de Salud Mental en Chile: *10 años de experiencia.* Santiago. 2005. Disponible en http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf
- Chile. Ministerio de Salud. *IX Campaña Nacional de Prevención del VIH /SIDA 2007* . Disponible en: www.hosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos
- Chile. *Constitución Política de la Republica de Chile*. Disponible en www.camara.cl/legis/constituciónpolítica.pdf.
- Chile, Servicio nacional para la Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas y alcohol, SENDA, Boletín N° 26, Diciembre 2015: "Consumo de drogas y estigma: percepción social sobre usuarios de drogas en Chile". Disponible en http://www.senda.gob.cl/media/2015/12/20151228_boletin26.pdf
- Chile, Ministerio de Desarrollo Social, Programa Calle, Metodología y Norma Técnica, Santiago de Chile, 2014.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) – OMS, A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007.
- Crits-Cristoph, P.; Siqueland, L.; Blaine, J.; Frank, A.; Luborsky, L.; Onken, L.S.; Muenz, L.; Thase, M.E.; Weiss, R.D.; Gastfriend, D.R.; Woody, G.; Barber, J.P.; Butler, S.F.; Daley, D.; Bishop, S.; Najavits, L.M.; Lis, J.; Mercer, D.; Griffin, M.L.; Moras, K.; and Beck, A. *Psychosocial treatments for cocaine dependence: Results of the NIDA* Cocaine Collaborative Study. Archives of General Psychiatry (in press).
- Jorgelina Di Iori, Susana Seidmann, Constanza Gueglio, Gustavo Rigueiral, *Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis,* Revista Psicoperspectivas vol.15 no.3 Valparaíso nov. 2016. Disponible en http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue3-fulltext-838
- Equipo Caleta Sur. Programa de Apoyo a la Integración de Personas en Situación de Calle: El derecho a la Ciudadanía. Artículo publicado el 3 de junio de 2007, Disponible en www.caletasur.cl
- España. *Manual de Buena Práctica para la Atención a Drogodependientes en los Centros de Emergencia.* Consejo General de Diplomados en Trabajo Social. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Disponible en www.pnsd.msc.es/categoria2/publica/pdf/centrosemergencia.pdf
- Fisk D, Rakfeldt J, Ph.D., and McCormack E, Connecticut Mental Health Center, and Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, Connecticut, USA Southern Connecticut State University, and Department of Psychiatry, *The American Journal of Drug and Alcohol* Abuse, 32: 479–486, 2006.
- Geremek, 1989; Retamales, 2010, en Canales J y Sandoval, N., "Personas en Situación de Calle: dinámicas internas y externas de habitar el espacio"., BeGeo, Instituto de Geografía, Pontificia Universidad Católica de Chile, boletín electrónico, 2015, N° 3. Disponible en http://geografia.uc.cl/images/exalumnos/begeo/begeo_2015/2_canales_y_Sandoval_2015.pdf
- Goffman, Erving, Estigma: La identidad Deteriorada, Amorrortu Edictores, 10° Edición, 2006
- Huber A., Ling, W., Shoptaw, S., Gulati, V., Brethen, P., and Rawson, R. *Integrating treatments for metham-phetamine abuse: A psychosocial perspective.* Journal of Addictive Diseases 16: 41-50, 1997.
- Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Sociología ISUC, Estudio de Caracterización y Levantamiento de Buenas Prácticas, Programa Noche Digna, 2014. Disponible en http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/Estudio-ISUC.pdf
- Jannis I, Mann L. : Decision making. A psychological analisys of conflict, choice and comminment. New York: The Free Press, 1977
- Lawrynowicz A. *Gestión cuantitativa de riesgo*: Utilización del Método Mixto de Seguridad. Articulo nº 3781 disponible en www.forodeseguridad.com.
- Luborsky L. Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: *A Manual for Supportive-Expressive* (SE) Treatment. New York: Basic Books, 1984.
- Luhumann N en Del concepto de Riesgo: *Conceptualización del riesgo en Luhuman y Beck*. Nelson Paulus Revista Mad. Nº 10 de mayo 2004. depto. Antropología Universidad de Chile disponible en www.revistamad.uchile.cl

- Marlatt G. Allan. *Reducción del daño: principios y estrategias básicas.* V Encuentro nacional sobre drogodependencia y su enfoque comunitario .Disponible en: www.siis.net
- Marlatt G. and Gordon, J.R., eds. Relapse Prevention: *Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors.* New York: Guilford Press, 1985.
- Mclellan A.T.; Arndt, I.; Metzger, D.S.; Woody, G.E.; and O'Brien, C.P. *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment*. Journal of the American Medical Association 269(15): 1953-1959, 1993.
- Mclellan, A.T.; Woody, G.E.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Is the counselor an 'active ingredient' in substance abuse treatment.* Journal of Nervous and Mental Disease 176: 423-430, 1988.
- Miller, W. R. y S. Rollnick. *La Entrevista Motivacional, preparar para el cambio de conductas adictivas.* PAIDOS, 1999.
- Michael T. French, Kathryn E. McCollister, Stanley Sacksc, Karen McKendrickd and George De Leon: *Benefit–cost analysis of a modified therapeutic community for mentally ill chemical abusers. Disponible en: www.sciencedirect.com*
- National Institute on Drugs Abuse (NIDA). Disponible en http://www.drugabuse.gov/Infofacts/marijuana-sp.html (2007).
- Pizarro R. *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. CEPAL. Serie Estudios estadísticos y prospectivos, Santiago. 2001.
- Quarantelli E. Preliminar Paper nº 130. *Conceptualizing disasters From Sociological Perspective.* 1988. Disponible en http://dspace.udel.edu:8080/dspace/bitstream/19716/502/3/PP130.pdf
- Rawson R.; Shoptaw, S.; Obert, J.L.; McCann, M.; Hasson, A.; Marinelli-Casey, P.; Brethen, P.; and Ling, W. An intensive outpatient approach for cocaine abuse: *The Matrix model*. Journal of Substance Abuse Treatment 12(2): 117-127, 1995.
- Red de estudios sociales en Prevención de desastres para América Latina. Disponible en www.desenredando.org
- Rosanvallon P. *La Nueva Cuestión Social*. Introducción: La nueva Cuestión Social y Capítulo VII "La Individualización de lo social". Ediciones Manantial. Buenos Aires. 1995.
- Rojas M. *Conceptos Básicos y profundización del Consejo psicológico y psicoterapia motivacional en Drogodependencias*. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica CONYCET. Perú. 2006.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Behavioral Health Services for People Who Are Homeless. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 55. HHS Publication No. (SMA) 13-4734. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2013.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), *Creando una Vida más Saludable. Guía Paso a Paso para lograr el Bienestar*, 2016.
- Sánchez E. Hervás V., Gradolí T, Morales E. *Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones.* Unidad de Conductas Adictivas de Catarroja. Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. España.2004. Volumen 06 - Número 03 p. 159 – 166.
- Skinner D. *Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter:* An Outcome Study. Gaudenzia, Inc., Philadelphia, Pennsylvania, USA *Substance Use & Misuse*, volumen 4. 2005; pp 483–497.
- Wallace D, Michelle J. Freedman J, B. Milby. Joseph E. Schumacher J, and Rudy E. Vuchinich,. *Health To House or Not to House: The Effects of Providing Housing to Homeless Substance Abusers in Treatment*,. July 2005, Vol 95, No. 7
- Center for Substance Abuse Treatment.Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 27. HHS Publication No. (SMA) 15-4215. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, 2000
- Woody, G.E.; Luborsky, L.; McLellan, A.T.; O'Brien, C.P.; Beck, A.T.; Blaine, J.; Herman, I.; and Hole, A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? Archives of General Psychiatry 40: 639-645, 1983.
- Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Twelve month follow-up of psychotherapy for opiate dependence.* American Journal of Psychiatry 144: 590-596, 1987.

● Woody G.E.; McLellan, A.T.; Luborsky, L.; and O'Brien, C.P. *Psychotherapy in community methadone programs*: a validation study. American Journal of Psychiatry 152(9): 1302-1308, 1995.

7.2.- Consentimiento Informado

● Anguita, Verónica, Guías de Consentimiento Informado. Documento de Trabajo. Centro de Ética, Universidad Alberto Hurtado. Ministerio de Salud, MINSAL, Gobierno de Chile. Documento en elaboración disponible en http://www.ucm.cl/fileadmin/templates/images/Documentos/Guias_de_Consentimiento_Informado.pdf.
● Becca, J., y Astete, C., Bioética Clínica, Editorial Mediterráneo, 2012.
● Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, Ministerio de Salud, Decreto 31, Reglamento sobre Entrega de Información y Expresión sobre el Consentimiento Informado en las Atenciones de Salud.
● Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Disponible en http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/11/Ley-de-salud-20.584-Derechos-y-Deberes.pdf
● Biblioteca Nacional del Congreso de Chile, Ministerio de Relaciones Exteriores, Decreto 201 que Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Disponible en https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=278018.
● Cornejo María Isabel, Vallejo, Geovanna, El Consentimiento Informado en Psiquiatría, Una Mirada desde el Derecho en las Legislaciones de Colombia, Chile y España. en Revista de Derecho Universidad de Chile. Disponible en www.revistaderecho.uchile.cl/index.php/RDEP/article/download/35839/37482.
● Enfoque de Salud Basado en los Derechos Humanos. Disponible en http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf
● Kottow, Miguel, El Consentimiento informado en Clínica: Inquietudes Persistentes. Revista Médica Chile 2016; 144: 1459-1463. Articulo Especial. Disponible en http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n11/art12.pdf.
● Kottow, M y Saada, A, "Participación Informada en Clínica e Investigación Biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado", Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, UNESCO, 2007.
● León, Francisco, Autonomía y Beneficencia en la Ética Clínica: Ni Paternalismo ni Medicina Defensiva, Rev. BIOMEDICINA, 2006, 2 (3) - 257-260 ISSN: 1510-9747. Disponible en http://www.um.edu.uy/docs/revistabiomedicina/2-3/autonomia.pdf
● OMS, Quality Rights, Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, Evaluando y Mejorando la Calidad y los Derechos Humanos en los Establecimientos de Salud Mental y de Apoyo Social. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2012