

**ORIENTACIONES TÉCNICAS
PROGRAMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA
PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL
CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**

SENDA – MINSAL

2020

ÍNDICE

- I. INTRODUCCIÓN**
- II. MARCO CONCEPTUAL PARA TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- III. SISTEMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**
- IV. OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- V. ETAPAS DEL PROCESO DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL**
- VI. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN CON CALIDAD DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL.**
- VII. SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO**
- VIII. ANEXOS**

I. INTRODUCCIÓN

El uso de tabaco, alcohol y otras drogas constituye uno de los principales problemas de salud pública del país. El daño que provocan estas sustancias en las personas que devienen en consumidores problemáticos, en sus familias y en la comunidad, ha sido un motivo de atención y preocupación que ha fundamentado las políticas públicas llevadas a cabo en nuestro país. El problema del consumo de sustancias incide profundamente en la vulnerabilidad social, ayuda a profundizar desigualdades e inequidades, obstaculiza el desarrollo, empeora la salud pública y contribuye a la inseguridad ciudadana.

La evolución reciente del consumo de sustancias en Chile, arroja que tanto en población general¹ y población escolar² la marihuana es la droga ilícita más consumida en nuestro país, seguida por cocaína y pasta base. Por otro lado, el alcohol y el tabaco continúan siendo las drogas lícitas más consumidas.

En el caso de la marihuana, es posible observar en la población general una disminución en las declaraciones de consumo de dicha sustancia en el último año, pasando de 14,5% en 2016 a 12,7% en 2018. Todos los reportes de consumo siguen siendo mayores en hombres, y el descenso registrado en 2018 se explica, entre otras razones, por una baja en el consumo declarado por el grupo de mujeres (10,6% a 7,4%).

Respecto a otras drogas, se observan diferencias por sexo en las mayoría de las sustancias principales reportadas en 2018³, salvo en los casos de tabaco y tranquilizantes sin receta médica. En esta última sustancia, a pesar de que no se registran diferencias en la prevalencia de consumo en el último año entre mujeres y hombres (1,6% vs 1,1%), si se advierte mayor declaración de uso, en mujeres de NSE alto (2,2% vs 0,9%) y en mayores de 45 años (1,9% vs 0,6%).⁴

¹ SENDA, Décimo Tercer Estudio de Drogas en Población General, 2018

² SENDA, Décimo Estudio de Drogas en Población Escolar, 2017.

³ Alcohol en el último mes, y marihuana, cocaína y pasta base en el último año.

⁴ Área de Estudios Estadísticas y Publicaciones SENDA 2020

De las 378.719 personas estimadas con consumo problemático de sustancias ilícitas en el Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, SENDA 2018, 314.682 serían varones y 64.537 mujeres. La pasta base es la sustancia que suscita mayor dependencia, 57,4% de los consumidores del último año presentan signos de dependencia en 2018. La cocaína, por su parte, presenta tasas de dependencia sobre usuarios de último año de 25,6% en 2018 y la marihuana del 20,3% respectivamente.

Respecto al consumo de alcohol, se observa en la población general una disminución en el consumo declarado durante el último mes, pasando de un 46,0% en 2016 a 43,3% en 2018. Este descenso se explica, en parte, por la disminución observada en el grupo de mujeres entre 2016 y 2018 (de 39,3% a 34,2%). Sin embargo, si bien se produce una baja a nivel agregado del consumo de alcohol en mujeres, se produce por otro lado un aumento en la declaración de estas en relación a los episodios de embriaguez. Es así como del 34,2% de las mujeres que reconoce haber consumido alcohol el último mes, una de cada dos declaró haber tenido al menos un episodio de embriaguez⁵ en ese período (51,4%), lo que representa un incremento en seis puntos porcentuales en relación al 2016, donde la prevalencia de embriaguez fue de 45,3%.

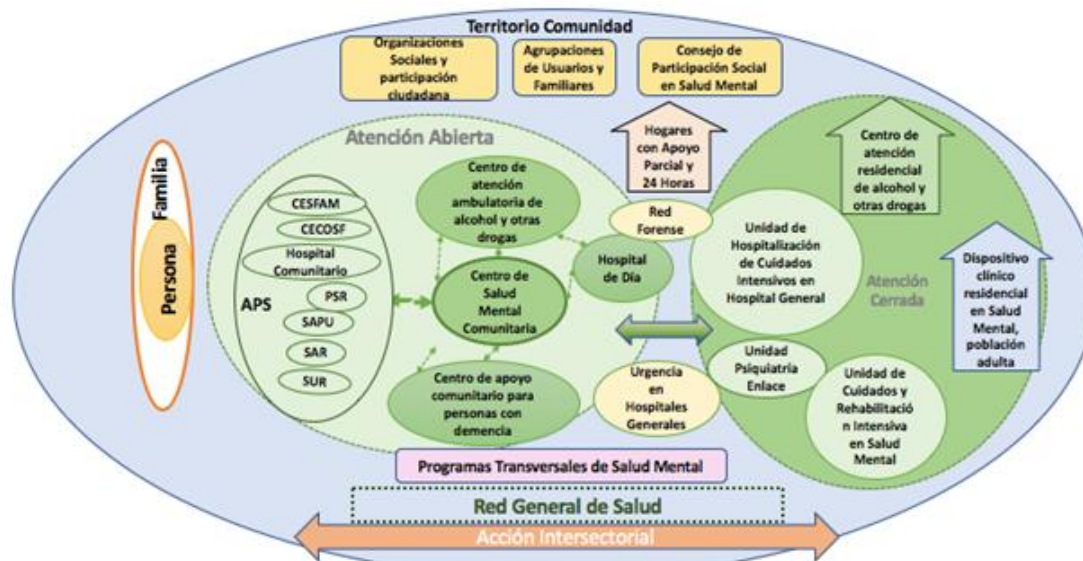
La oferta de atención para el tratamiento de personas con problemas asociados al consumo de alcohol y drogas en nuestro país, está orientada a otorgar servicios que fortalezcan la atención ambulatoria, identifiquen y mejoren las barreras de acceso, como también apunten a la oportunidad y pertinencia de la atención con óptimos estándares de calidad en todos los niveles del sistema de salud. Con esto, se busca disminuir las brechas existentes en la atención de las personas y mejorar la calidad de la atención, para brindar una efectiva respuesta a las necesidades de salud de las comunidades y mejorar su calidad de vida, en un marco de ejercicio de derechos, que promueva la autonomía e inclusión socio comunitaria⁶.

La provisión de servicios públicos en nuestro país se basa en el Modelo de Atención Integral

⁵ Embriaguez en mujeres: 4 o más tragos.

⁶Modelo de Gestión RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD 2018 Ministerio de salud

de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental y está organizada en una red Asistencial, que ha tenido un desarrollo progresivo de los servicios de salud mental desde un modelo integral con enfoque familiar y comunitario que pasa desde la atención primaria, especialidad ambulatoria hasta las unidades hospitalarias y residenciales.



Fuente: Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018, MINSAL.

En cada Servicio de Salud del país, la red de salud está compuesta por dispositivos y establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido. Estos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia. En este contexto, la Red de cada Servicio de Salud se organiza:

- Con Atención Primaria en Salud (APS), que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, en un determinado territorio. Su objetivo es brindar una atención ambulatoria integral, centrada en las personas y sus familias, enfocada en anticiparse a la enfermedad a través de actividades promocionales y preventivas, como también en el tratamiento propiamente tal y la rehabilitación.

- Con otros niveles de mayor complejidad, que hoy se reconocen como especialidad abierta y especialidad cerrada, que reciben derivaciones desde el primer nivel de atención, conforme a las normas técnicas que dicta para tal efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la Ley y los reglamentos.

En este marco, el **Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Personas Adultas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas y Alcohol en Convenio SENDA – MINSAL**, tiene como objetivo general otorgar acceso y cobertura de calidad, libre de copago, a la atención de personas, beneficiarias del libro II del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que consultan por problemas derivados del consumo de drogas y alcohol, en los establecimientos públicos y privados que hayan celebrado contratos de compra de servicios para ello con SENDA.

SENDA y el Ministerio de Salud, han suscrito un Convenio de Colaboración Técnica y Financiera, cuyo objeto es implementar el programa en forma coordinada y conjunta:

- Diseñando conjuntamente los planes de tratamiento y rehabilitación,
- Realizando conjuntamente la asesoría y evaluación técnica a los establecimientos públicos y privados, que ejecuten meses de planes de tratamiento, velando por la óptima calidad de las prestaciones que se brinden a los usuarios,
- Diseñando en conjunto los procedimientos operativos, administrativos, de supervisión administrativo-financiera y asesoría técnica, seguimiento y evaluación de la ejecución del programa,
- Aprobando conjuntamente la asignación y reasignaciones de los meses de planes de tratamiento y rehabilitación a ser ejecutados por los establecimientos públicos y privados.

El Programa contempla dos subprogramas, uno para población adulta general (hombres y mujeres) y otro específico para mujeres. Asimismo, comprende, las siguientes modalidades de intervención: Tratamiento Ambulatorio Básico Población General, Tratamiento Ambulatorio Intensivo Población General, Tratamiento Residencial Población General, Tratamiento Ambulatorio Intensivo Población Específica Mujeres y Tratamiento Residencial Población Específica Mujeres

Con el objeto de mejorar la organización y la implementación de estos programas, de manera de aumentar su efectividad, es que se desarrollan las presentes recomendaciones y sugerencias basadas en la evidencia disponible a la fecha, y que pretenden orientar el quehacer de los equipos.

II. MARCO CONCEPTUAL PARA TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

La salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas nacen crecen viven trabajan, y envejecen⁷. La responsabilidad de una “buena salud”, no se centra exclusivamente en el individuo, sino que también en las influencias sociales y económicas que enmarcan y determinan las condiciones de vida, generando vulnerabilidad, pobreza e inequidad⁸

Una respuesta efectiva y eficiente del consumo problemático de sustancias, entendido como un problema de salud, implica, por tanto, un abordaje que considere los determinantes sociales. Se trata de una situación de alta complejidad, de origen multidimensional, que identifica a la persona, el contexto, la sustancia y las particularidades en que esta triada se articula, por lo que los marcos comprensivos modelos y enfoques son múltiples.

A continuación se describen los modelos y enfoques que sustentan la intervención terapéutica en el marco de este programa.

1.- MODELO DE RECUPERACIÓN:

La conceptualización del tratamiento y rehabilitación de los trastornos asociados al consumo de sustancias, en estos últimos años ha avanzado hacia el concepto de **RECUPERACIÓN**, el cual supone reconocer a la persona con problemas de consumo de sustancia, como verdadera protagonista de su proceso terapéutico y crecimiento personal.

La perspectiva de la recuperación implica enfocar la atención sobre las posibilidades y la mejora respecto de la situación actual, sobre la construcción de un proyecto de vida. La prioridad es ayudar a las personas a recuperar sus vidas y desarrollar al máximo sus capacidades como personas y como ciudadanos y ciudadanas.

⁷Organización Mundial de la salud 2009

⁸Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud

Es un proceso holístico, diferente para cada persona, que debe responder a sus necesidades en su contexto cultural, debe ofrecer tratamientos flexibles, proveyendo una opción de servicios eficaces, que aumenten la probabilidad que la persona continúe recibiendo los cuidados que necesita

Los principios existentes a la base de la perspectiva de recuperación (SAMHSA 2009), señalan que existen muchos caminos hacia la recuperación; se trata de un proceso auto dirigido y autónomo; implica un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación; es integral; tiene una dimensión cultural; es un proceso continuo de mejora de la salud y el bienestar; se desprende de la esperanza y la gratitud; implica un proceso de sanación y auto-redefinición; consiste en hacer frente a la discriminación, la vergüenza y el estigma que trasciende a los problemas de consumo problemático de sustancias; requiere el apoyo de sus compañeros, compañeras y personas aliadas; e implica la (re)unión y (re)construcción de una vida en la comunidad.

Por lo tanto, hablar de Recuperación impone (1) el desafío de establecer mecanismos que permitan que estos cambios se mantengan en el tiempo y (2) que la actitud de la intervención debe ser desde la mirada del ejercicio de ciudadanía.

Asegurar la sostenibilidad de los cambios implica que los sistemas de tratamiento deben ser integrales, flexibles e impulsados por los resultados individuales, y que debe contemplar una oferta totalmente coordinada de servicios y apoyos para maximizar la elección en cada punto del proceso de recuperación.

La participación de las personas en su proceso de recuperación, demanda que la oferta de servicios incluya o considere la opinión de las mismas, donde la actitud de la intervención sea la mirada del ejercicio de ciudadanía. Esto conlleva a ampliar y enriquecer la perspectiva reconociendo que actualmente existen profundas desigualdades en el acceso a los recursos que permiten un adecuado ejercicio de esos derechos y responsabilidades. El concepto de ejercicio de Ciudadanía para la recuperación, implica realizar las intervenciones teniendo en cuenta que se debe potenciar la participación activa de las personas en proceso de recuperación, en la esfera económica, mediante una presencia activa en la producción de valor social dentro o fuera del mercado; en la política, mediante el ejercicio activo de una ciudadanía de pleno derecho; en las redes sociales y familiares

como expresión de la identidad y la pertenencia comunitaria y como factores de prevención y protección ante la exclusión.

2.-MODELO ECOLÓGICO

Este modelo desarrollado por Bronfenbrenner permite una comprensión sistémica del desarrollo humano y se entiende como la “progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos entornos, y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos”.⁹

Tres conceptos básicos contemplan esta comprensión. Primero, la persona en desarrollo no es una tábula rasa sobre la cual repercute el ambiente, sino una entidad creciente, **dinámica**, que va acomodándose progresivamente y reestructurando el medio en el que se desenvuelve. Segundo, existe una **reciprocidad** entre el ambiente, es decir que la interacción de la persona con el ambiente es bidireccional. Tercero, el ambiente, fundamental para el proceso de desarrollo, no se limita sólo al entorno inmediato de la persona, sino que incluye las interacciones entre estos entornos y las influencias externas de los entornos más amplios. Esto último es lo que entenderemos como **ambiente ecológico**, concebido como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente.

El Modelo ecológico propone la existencia de cuatro estructuras concéntricas o sistemas que afectarían directa o indirectamente el desarrollo humano:

Microsistema: corresponde al patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado en el que participa.

Mesosistema: comprende las interrelaciones de dos o más entornos (microsistemas) en los que la persona en desarrollo participa (por ejemplo, para un niño/niña, las relaciones

⁹Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development. Cambridge: Harvard University Press (edición en castellano en La ecología del desarrollo humano, Barcelona: Paidós, 1987).

entre el hogar, la escuela y el grupo de pares del barrio; para un adulto, entre la familia, el trabajo y la vida social).

Exosistema: se refiere a los propios entornos (uno o más) en los que la persona en desarrollo no está incluida directamente, pero en los que se producen hechos que afectan a lo que ocurre en los entornos en los que la persona sí está incluida (para el niño, podría ser el lugar de trabajo de los padres, la clase del hermano mayor, el círculo de amigos de los padres, las propuestas del Consejo Escolar, etc.).

Macrosistema: se refiere a las correspondencias, en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, meso, exo) que existen o podrían existir, al nivel de la subcultura o de la cultura en su totalidad, junto con cualquier sistema de creencias o ideología que sustente estas correspondencias.

En concordancia con este enfoque, la **atención integral** de las personas con consumo problemático de sustancias consiste en abordar las necesidades y problemas de salud, individuales, familiares y colectivas, en una sociedad concreta, que define las condiciones de vida, perfilando un determinado nivel de salud en los grupos sociales que la conforman. Por lo tanto, posee características propias del sexo, de la etnia y género; su propia historia de vida; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y desde ahí, sus particulares necesidades de salud.

Así mismo contempla el **enfoque biopsicosocial**, que implica abordar lo biológico, lo psicológico y lo social, de cada una de las personas usuarias en tratamiento, de forma integral y complementaria. En lo biológico dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias y potenciará el desarrollo de una situación de salud favorable. En lo psicológico trabajará con aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares. En lo social, deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña.

3.- MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

A partir de la reforma sanitaria del año 2005, la política pública en salud en nuestro país ha impulsado como eje central el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este se entiende como un “modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de la población usuaria, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”

Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



4.-MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

El Modelo Comunitario de Atención en Salud mental se instala en nuestro país con el objeto de dar un salto adelante en materia de salud mental, desde el marco de los procesos de Reforma Psiquiátrica a nivel mundial, orientada a la desinstitutionalización de las personas, particularmente de los hospitales psiquiátricos. Es una nueva estrategia y un nuevo modelo organizativo, asistencial y teórico, que integra una clínica donde se rompen las dicotomías individual/social, biológico/psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía.

Elementos centrales del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental¹⁰

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, surge en contraposición al modelo asilar, incorporando a la atención de las personas con enfermedad mental el ejercicio de derechos y un enfoque de calidad. Reconocer y abordar las necesidades de esta población con un enfoque integral, determinará positivamente la evolución de su enfermedad y su bienestar. Las condicionantes como el estigma, la marginación social o laboral, la pérdida de redes y vínculos, la falta de autonomía para tomar decisiones, y la transgresión de los derechos ciudadanos de las personas con enfermedad mental, complejizan y cronifican los procesos de recuperación. Estos determinantes sociales requieren ser considerados en la atención y cuidado de toda persona que tenga una enfermedad mental; el no hacerlo tiene impacto en la adherencia y continuidad del tratamiento, la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental presta especial importancia a la persona que padece una enfermedad mental grave y persistente, su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión socio comunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

Este modelo se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que aborda los problemas de salud general, incluidos los problemas de salud

¹⁰ Estos tres elementos se encuentran desarrollados en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, punto 4. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, p.39.

mental, abarcando todos sus ejes. Ambos modelos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental, reconociendo a las personas como parte de un grupo familiar y una comunidad, bajo los principios de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de cuidados.

La atención comunitaria en salud mental se basa en la existencia de tres elementos centrales interrelacionados:

- a) Trabajo en red.
- b) Abordaje de la psicopatología basada en una concepción de sujeto de relación.
- c) Gestión clínica. Configura un espacio que integra las mejores prácticas clínicas con las mejores prácticas de gestión, dirigidas a la prestación de un servicio de calidad a las personas.

5.- ENFOQUE DE DERECHOS

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 otorgar poder a quienes no lo han ejercido.

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 de 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.

6.- ENFOQUE DE RED

Un enfoque de red debe contemplar como principios fundamentales **la continuidad de la atención**¹¹, cuyo objetivo más relevante es lograr la eficiencia y eficacia; junto con el establecimiento del intercambio de información y apoyo técnico entre quienes integran la red de Recuperación. Desde la perspectiva de las personas que se atienden, y participan de programas de tratamiento, la continuidad de la atención corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud y de apoyo a la inclusión social, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo.

De acuerdo al documento de la OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud”, se destacan tres elementos sobre la continuidad de la atención:

- Continuidad de cuidados: El grado en que el cuidado de la persona usuaria está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del

¹¹ Ministerio de Salud , Subsecretaría de Redes Asistenciales (2012). Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario..

equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado.

- Funcional: es el grado en que las funciones clave de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo, los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.).
- Profesional y Técnico: disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red y las necesidades de salud de las personas.

7.- ENFOQUE DE INTEGRACIÓN SOCIAL¹²

El consumo problemático de sustancias podría considerarse una consecuencia o bien una causa de la exclusión social, pues este consumo puede provocar el deterioro de las condiciones de vida, pero, por otra parte, los procesos de marginación social pueden constituir un elemento determinante para el consumo problemático de sustancias.

El concepto de exclusión social es entendido como el impedimento de una persona de participar plenamente en la vida económica, social y ciudadana y/o si la renta y demás recursos (personales, familiares y culturales), son reducidos que le impiden gozar de un nivel de vida considerado aceptable por la sociedad en la que vive.

El enfoque de Integración Social se funda en el **Marco de Gestión de la Recuperación Sustentable (SRMS)** de la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Este enfoque reúne elementos del Marco de Medios de Vida Sustentable y el Enfoque específico de Capital de Recuperación en consumidores problemáticos de drogas. Sosteniendo que es fundamental realizar procesos de recuperación a largo plazo, con el objetivo de evitar las recaídas y tasas de reingreso a los tratamientos. Tal énfasis reside en la comprensión de la conducta adictiva como crónica y en la consideración de la

¹²Para mayor información consultar el texto Integración Social, Exclusión y Drogas. De las políticas a las prácticas Área de Integración Social SENDA 2015

recuperación como un proceso continuo, una experiencia a través de la cual los individuos, las familias y las comunidades utilizan los recursos internos y externos para hacer frente a la drogodependencia y a los problemas asociados, de modo de posibilitar el desarrollo de una vida sana, productiva y con sentido.

El objetivo central del enfoque propone orientar los tratamientos e intervenciones de manera integral y continua, considerando el contexto como un ámbito que influye en el proceso de recuperación en este sentido, es relevante, para la sostenibilidad de los procesos, vincular a los individuos con la comunidad promoviendo la participación significativa, para ello es necesario sensibilizar y erradicar el estigma hacia personas con consumo de drogas y alcohol para conseguir y mantener el apoyo de la comunidad.

Complementariamente, el ejercicio de ciudadanía, objetivo intrínseco del enfoque de integración social, será posible en la medida que a los y las usuarias se les conecte con el Estado y sus instituciones, que posibilita la modificación de sus capitales de recuperación, para ello es imprescindible conocer los recursos propios y necesidades de los y las usuarias y propender el desarrollo del vínculo con los sistemas y estructuras gubernamentales, desde la perspectiva de la sustentabilidad de la recuperación

En este sentido ***Integración Social*** se entiende, como un proceso con diferentes niveles de intensidad dónde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a sujeto de derechos y deberes

Para considerar a una persona integrada socialmente, existen tres elementos claves:

1. Que tenga cubiertas sus necesidades básicas: es decir que tenga unas condiciones de vida dignas en el ámbito de vivienda, salud, educación y recursos económicos.
2. Que tenga un sistema de relaciones que le permitan desarrollar vínculos afectivos y, por tanto, le permitan sentirse parte de la comunidad.
3. Que pueda desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente: participar de espacios públicos, de ocio y en funciones de producción.

Por equiparación de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con desventaja social y está basada en los siguientes principios:

- a) Principio de integración como reconocimiento de las necesidades y potencialidades específicas de cada persona y grupos sociales.
- b) Principio de accesibilidad como condición necesaria para que las personas vulnerables accedan y disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de todas las personas que viven en el mismo territorio o país.
- c) Principio de participación y autonomía como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar en la vida social, económica y cultural de su comunidad

Por lo tanto, la integración debe entenderse como poner a disposición de una persona un conjunto de recursos que le permitan responder adecuadamente a las necesidades que de forma transitoria o permanente se puedan presentar, teniendo en cuenta no sólo sus limitaciones y dificultades sino sobre todo sus potencialidades de desarrollo y participación.

La integración social es un concepto interactivo que implica cambios mutuos tanto por parte de la propia persona como de la sociedad. Supone la contribución de los afectados y de la comunidad para lograr una equiparación de oportunidades, que permita la igualdad y plena participación de las personas con problemas de consumo de sustancias en la vida y su desarrollo social.

De esta manera, el apoyo al proceso de integración social se da de manera transversal durante todo el proceso de recuperación.

8.- ENFOQUE DE GÉNERO¹³

¹³ Para mayor información consultar los textos :

1.-ORIENTACIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CON HOMBRES QUE PRESENTAN CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, CON UN ENFOQUE DE GÉNERO Área Técnica en Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015

2.- MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA INCORPORACIÓN DE LA VARIABLE GÉNERO EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE MUJERES CON PROBLEMAS DE DROGAS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2004

3.-PROYECTOS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS Las Buenas Prácticas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2006

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 género¹⁴

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.

En el Informe Anual 2019 de Tratamiento Población Adulta General y Específica Mujeres del convenio SENDA - MINSAL, la prevalencia de consumo de PBC y THC en mujeres, supera a la de los hombres; y es la misma, en consumo de Clorhidrato de Cocaína. Solo en prevalencia de consumo de Alcohol, los hombres superan en 2 puntos porcentuales a las mujeres.

Adicionalmente y según el Estudio de 2018 de Prevalencia en Población General de SENDA, un 0,6% de las mujeres declara haber ingresado a tratamiento “*alguna vez en la vida*”, mientras que en el caso de los hombres, este porcentaje llega a 2,2%, es decir, 3,5 veces más.

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 al 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

¹⁴Modelo de Gestión RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN LA RED GENERAL DE SALUD 2018 Ministerio de salud

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

9.- ENFOQUE DE PERTINENCIA CULTURAL¹⁵

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 estrés, 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

¹⁵ Para mayor información consultar ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL CON PUEBLOS INDÍGENAS: HACIA UN ENFOQUE INTERCULTURAL Ministerio de Salud 2016

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 respecto 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.

10.- ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

El enfoque del Curso de vida aparece en la literatura a fines de los años 1990, y ha habido un gran interés en su aplicación al campo de la salud debido al creciente reconocimiento de la carga global de las enfermedades no comunicables. Se distinguen dos perspectivas en el enfoque del Curso de vida.

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 curso 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 humano (Elder y Shanahan, 2006):

- El desarrollo humano 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).

El objetivo de este enfoque es construir y colocar a prueba modelos teóricos que postulan vías que vinculan la exposición a riesgos a lo largo del curso de vida y sus efectos posteriores en la salud

11.- ENFOQUE DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRANSGRESIÓN A LA NORMA Y COMISIÓN DE DELITOS¹⁶

La transgresión a la norma debe ser entendida en un sentido amplio, contemplando aspectos referidos a la desviación de normas no formales o incivilidades, así como también a la comisión de delitos.

Una persona puede tener un estilo de vida que no necesariamente transgrede las leyes, pero presenta valores, normas, medios y oportunidades brindadas por su grupo de pertenencia, por ejemplo, el grupo de consumidores donde se encuentra inserto y que pueden entrar en conflicto con las normas que rigen en un contexto social más amplio, como su familia de origen u otros grupos sociales relevantes que podrían obstaculizar su proceso de integración social.

Lo relevante es considerar aquellos aspectos de la transgresión a la norma social que pudiesen constituir un factor de riesgo para la persona o bien que podrían implicar un daño a terceros.

En algunos casos, las personas llegan a tratamiento motivadas o bien presionadas por una situación de trasgresión social asociada a la situación de consumo que generó importantes dificultades al interior de su familia o comunidad. En ese sentido, esta dimensión del funcionamiento del individuo debe ser integrado en el proceso de diagnóstico, y en el tratamiento considerándolo como un posible factor de cambio o problematización que facilite la recuperación.

Para entender la situación de trasgresión se debe considerar que la conducta que transgrede las normas no es sólo una conducta individual, sino que se sitúa en un contexto social. De ese modo, la comprensión de este fenómeno implica situar la conducta en la

¹⁶Para mayor información consultar el texto: CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS TRATAMIENTO EN PERSONAS QUE HAN COMETIDO DELITOS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2008

biografía de la persona, en el contexto histórico y social en que ella se encuentra y ha desarrollado su comportamiento.

Por otro lado, se debe contemplar la problemática del etiquetamiento y las consecuencias sociales que el consumo de drogas y otras conductas transgresoras puedan haber generado para la vida de la persona y su entorno o que pueden afectar sus posibilidades de cambio.

En relación al consumo de sustancias y la comisión de delitos, se puede afirmar que aun cuando no se ha establecido un acuerdo en el debate académico acerca de la relación del consumo de drogas y la comisión de delitos, dado que no existe evidencia científica suficiente que respalde una relación causal directa entre ambos fenómenos, existen diferentes desarrollos conceptuales que pueden acercarse a la realidad presentada por algunos individuos o grupos particulares, que presentan consumo problemático de sustancias y comisión de delitos, por lo que su pertinencia debe ser considerada en cada caso:

1.-El primer grupo de teorías y desarrollos conceptuales plantea la existencia de una relación de causalidad entre ambos fenómenos, que puede presentarse en dos direcciones: ***el consumo de drogas ocasiona la comisión de delitos*** (Goldstein, 1995), o bien, ***la delincuencia ocasiona el consumo de drogas*** (Menard, Mihalic y Huizinga, 2001; en Bennett y Holloway, 2005).

El enfoque de Goldstein plantea tres relaciones posibles: los consumidores problemáticos de drogas recurren a comportamientos ilegales para financiar el consumo de sustancias que no logran costear por medio de actividades legítimas, ***(modelo de compulsión económica relacionado principalmente con los delitos contra la propiedad)***. Los individuos cometen delitos contra las personas debido a las alteraciones cognitivas crónicas producidas por intoxicación con sustancias psicoactivas ***(modelo psicofarmacológico)*** y los delitos contra las personas que se presentan con frecuencia en el mercado ilegal de las drogas entre individuos que se han involucrado en ese negocio ***(modelo de la violencia sistémica)***.

2.- El segundo grupo de teorías sostiene que ***hay una causa común entre el consumo de drogas y la vida delictual***: factores psicológicos, sociológicos y ambientales. Por

ejemplo, la teoría de Gottfredson y Hirschi (1990; en Bennett y Holloway, 2005) sostiene que ni las drogas conducen al delito o viceversa, sino que ambos comportamientos se producen por un bajo autocontrol de los individuos.

3.- El tercer grupo de teorías argumenta que ***no existe un vínculo causal entre el consumo de drogas y la comisión de delitos***, sino que la relación es el resultado de la coexistencia de comportamientos problema, a los que algunos autores han denominado un estilo de vida desviado. Es decir, el consumo de drogas y la infracción de ley son problemas complejos, y para su adecuada comprensión deben considerarse los *factores de riesgo* y *factores protectores* en la vida del individuo.

La investigación desarrollada principalmente en el mundo anglosajón ha mostrado que el consumo abusivo de drogas y alcohol no tratado de la población infractora de ley, los expone a la reincidencia delictual y resulta fundamental la intervención en esta área, contemplando siempre la intervención en otros ámbitos de la vida de la persona que influyen en la generación de la conducta infractora, denominadas necesidades criminógenas.

En esa línea, el modelo Riesgo, Necesidad, Receptividad (RNR) Andrews y Bonta, que intenta determinar los factores de riesgo o necesidades criminógenas, para la reincidencia del delito en la población infractora de ley, es un desarrollo conceptual de gran utilidad tanto para el diagnóstico como el tratamiento de estas personas.

El modelo RNR define como “riesgos dinámicos” o “necesidades criminógenas”, a aquellos factores asociados con el comportamiento infractor que pueden cambiar cuando se implementan estrategias adecuadas, y cuya intervención se asocia con la disminución de reincidencia delictual. Los autores distinguen “Cuatro Grandes” necesidades o riesgos para la reincidencia, sobre los que resulta fundamental intervenir:

- Trayectoria delictual;
- Cogniciones, es decir: actitudes, valores, creencias, racionalización e identidad del individuo que apoyan la comisión de delitos;
- Asociación con pares infractores de ley o con otros que apoyan la comisión de delitos; y
- Pautas antisociales de la personalidad.

Andrews y Bonta (2010a) advierten que el consumo abusivo de drogas y de alcohol en los individuos infractores de ley está relacionado con otros riesgos dinámicos de reincidencia. Por ejemplo, el abuso de drogas expone al individuo al contacto con otros sujetos que sostienen actitudes antisociales, como pueden ser los *dealers*; a su vez, el consumo crónico de sustancias dificulta el desempeño laboral y puede llevar a dificultades financieras. Además, el consumo problemático de sustancias afecta la responsividad o capacidad de respuesta del individuo.

De este modo, el consumo problemático de drogas debe ser considerado en la intervención con población que infringe la ley como un posible factor dinámico que influya en la reincidencia delictiva, pero si se pretende alcanzar una disminución de la reincidencia del delito, el tratamiento de la problemática de salud mental debe efectuarse en complementariedad de otras intervenciones dirigidas a abordar otras variables criminógenas involucradas, tales como familia y/ o pareja, escuela y /o trabajo, tiempo libre y /o recreación.

III. SISTEMA DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA:

Para brindar tratamiento a las personas con consumo problemático de sustancias, este programa organiza la provisión de los servicios en diferentes tipos de **Planes de Tratamiento** los cuales se han definido según: (1) la especificidad de la población destinataria: (Planes para Población General que incluye hombres y mujeres; Planes para Población Específica Mujeres); y, (2) el nivel de complejidad y severidad presentado por las personas que ingresan a tratamiento, distinguiendo así: Plan Ambulatorio Básico, Plan Ambulatorio Intensivo y Plan Residencial.

Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de recuperación, estos objetivos deben estar ajustados a las características y necesidades de las personas, y deben ser identificados en forma conjunta entre el equipo, la persona usuaria y su familia.

Para la implementación de estos Planes, se considera lo siguiente:

a) Tipo de Establecimientos / Centros para su Implementación:

- **Establecimientos Públicos de Salud** La puerta de entrada para acceder a tratamiento en la red pública, es la Atención Primaria de Salud, en adelante, APS. A partir de ahí, y dependiendo del nivel de cuidado que requiere la persona, se otorga tratamiento en el mismo establecimiento de APS, COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día u hospital. Estos establecimientos deben contar con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares, grupales, además de lugares de espera, descanso y recreación y sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda; con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

Asimismo, y en el caso que la oferta considere el tratamiento residencial, debe contar con habilitación y equipamiento que entreguen las condiciones de hotelería adecuadas a las necesidades (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio y baños, diferenciados para hombres y mujeres.

- **Centros Especializados de Tratamiento y Rehabilitación Ambulatorios o Residenciales privados**, administrados por Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades de profesionales u otros, debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación y que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda; con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

Asimismo, y en el caso de los centros con oferta de tratamiento en modalidad residencial, deben contar con habilitación y equipamiento que entreguen las condiciones de hotelería adecuadas a las necesidades, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor,

espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio y baños, diferenciados para hombres y mujeres.

Cabe mencionar la pertinencia de avanzar hacia el acceso universal tanto en la oferta pública como privada, dando cumplimiento a la normativa vigente al respecto.

b) Recurso Humano:

El equipo terapéutico de un programa de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, bajo la perspectiva de la recuperación, debe ser multi e interdisciplinario. Debe presentar capacidades técnicas, destrezas y habilidades clínicas suficientes, para abordar una población con diferentes niveles de complejidad, y con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas y al número de personas usuarias a atender.

La conformación de un equipo multidisciplinario es esencial para el abordaje integral, lo que implica no solo que cada uno de los miembros del equipo intervenga y aporte desde sus ámbitos de competencias profesionales, sino que también logre visualizar a la persona desde una mirada biopsicosocial, articulando las intervenciones en función del sujeto.

Este equipo debiera contar con al menos las siguientes competencias:

- Dominio del tema del consumo problemático de drogas
- Dominio del abordaje de patologías asociadas al consumo problemático de drogas (físicas y psíquicas), donde el diagnóstico es fundamental y el manejo de algunas de estas patologías de leve a moderada complejidad.
- Conocimiento y competencias en población en vulnerabilidad y exclusión social, con la incorporación de factores psicosociales intervinientes en el fenómeno de consumo problemático en esta población.
- Competencias en técnicas de acogida, vinculación y estrategias motivacionales.
- Dominio en la Incorporación de la perspectiva de género en la intervención.
- Conocimiento del Enfoque de determinantes sociales y curso de vida en la intervención
- Conocimiento de la relación droga-delito y su intervención terapéutica.
- Conocimiento sobre estrategias para reducir el estigma

- Flexibilidad, capacidad de adaptación a las necesidades de la población objetivo, así como de la variedad de tareas requeridas, para lograr su recuperación.

Se espera que un equipo interdisciplinario, especializado en el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas y alcohol se complemente, otorgando los espacios correspondientes para que cada integrante aporte desde su quehacer, hacia un propósito común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas estrategias de intervención, que comparte un mismo enfoque y conceptos respecto a la persona y con un tratamiento integral basado en la evidencia disponible, y en la experiencia del equipo, más que en la opinión individual de cada uno de sus miembros

Este equipo debiera considerar la participación de médico general con formación en salud mental, y/o psiquiatra, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, técnico en rehabilitación, técnico paramédico, terapeuta ocupacional, monitores y/o talleristas, los que otorgaran una atención diferenciada dependiendo de su rol, pero coordinada e integrada a un Plan de Intervención construido con el usuario y que debe ser conocido por todo el equipo. En el caso de programas específicos para mujeres, se sugiere contar con auxiliares de párvulos, para apoyar la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos e hijas.

En los tratamientos ambulatorios y residenciales específicos de mujeres, se requiere incluir personal femenino en el programa, tanto en el día, como en los turnos de noche, cuando se trate de una modalidad residencial.

El equipo debe realizar regularmente reuniones clínicas de revisión de casos, reuniones técnicas de coordinación y reuniones de red y debe contar con un director/a o jefe de programa o equivalente, con competencias técnicas y de gestión suficientes para llevar a cabo la conducción y liderazgo del equipo, para lograr los objetivos del proceso de tratamiento.

El equipo debe contar con un programa regular de autocuidado, como protector de procesos de desgaste laboral, asociados a las características de la función y de la complejidad de la temática por las cuales las personas llegan al programa, el que debiese incluir a la persona del terapeuta, al equipo y a la organización

c) Prestaciones de los Planes:

Incluye un conjunto de intervenciones que en el marco del convenio, se agrupan y se rotulan como “prestaciones” que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, visita integral de salud mental, intervenciones comunitarias, exámenes de laboratorio y medicamentos, según corresponda.

Los exámenes¹⁷ y medicamentos que se requiera indicar a las personas de acuerdo a su estado y necesidades de salud, están incluidos en los aranceles de los planes correspondientes.

2- DESCRIPCIÓN DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO:

**2.1 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO
POBLACIÓN GENERAL**

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, para personas que presentan consumo perjudicial a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve, caracterizado por la mantención de una actividad ocupacional (laboral o educacional) parcial o total y la existencia de soporte familiar.

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento y rehabilitación, corresponde a la necesidad de cada persona, se sugiere una frecuencia de intervención de al menos 2 días por semana y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino. Respecto de la permanencia, cabe señalar que la literatura ha mostrado que si bien la duración óptima del tratamiento, es variable porque las necesidades de las personas son muy diversas; y debido a ello es que se entiende al tratamiento como un proceso personalizado, brindado según un Plan de

¹⁷En los COSAM los exámenes de laboratorio deben articularse con la red pública de su red territorial

Tratamiento Individual (NIDA, 2012), el tiempo mínimo de permanencia en el tratamiento (retención) que se asocia con resultados positivos en el post-tratamiento, es de 90 días. Por otra parte, los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan básico permanecen en promedio 11, 4 meses.

2.2 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN ESPECÍFICA DE MUJERES

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a personas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial moderado, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática o, sin actividad ocupacional y con soporte familiar).

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Se sugiere una frecuencia de intervención de 5 días a la semana y una concentración de 3 a 5 prestaciones por día.

Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino. Respecto de la permanencia, cabe señalar que la literatura ha mostrado que si bien la duración óptima del tratamiento, es variable porque las necesidades de las personas son muy diversas; y debido a ello es que se entiende al tratamiento como un proceso personalizado, brindado según un Plan de Tratamiento Individual (NIDA, 2012), el tiempo mínimo de permanencia en el tratamiento (retención) que se asocia con resultados positivos en el post-tratamiento, es de 90 días.

Por otra parte los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan intensivo permanecen en promedio 11, 7 meses.

Consideraciones específicas: La atención de mujeres con problemas de consumo de alcohol y otras drogas, en un plan de tratamiento intensivo debe incorporar cuando corresponda, la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos e hijas, ya sea en el mismo lugar terapéutico u otro afín en coordinación con la red, en el entendido que no contar con apoyos para el cuidado de las hijas e hijos, suelen constituir un aspecto limitante para el ingreso y permanencia en los programas de tratamiento

2.3 PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL POBLACIÓN GENERAL Y POBLACIÓN ESPECÍFICA DE MUJERES

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables para el logro de los objetivos terapéuticos, el cual está destinado a personas con dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo en miembros de la familia, red de apoyo familiar y social inexistente o con gran deterioro, con trastorno psiquiátrico severo y una percepción de auto-eficacia disminuida o ausente, entre otros).

En el caso del Plan Residencial Específico de Mujeres, ellas pueden ingresar a tratamiento acompañadas de sus hijas e hijos, preferentemente cuando estos están en etapa preescolar y especialmente si son menores de dos años.

Duración del Plan: El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Con permanencia de 7 días, con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares). Los datos SISTRAT arrojan que las personas usuarias que egresan con alta terapéutica en el plan residencial permanecen en promedio 9,2 meses

Consideraciones específicas: La experiencia acumulada a lo largo de los años de existencia de este Plan para población Específica de Mujeres, señala que la duración aproximada podría alcanzar inclusive un período de 6 a 8 Meses, pero siempre prevalecerá en el tiempo de permanencia, la evaluación del Plan de Tratamiento Individualizado

En el caso específico de las mujeres, se ha observado que la incorporación de hijas/hijos, puede tener un fuerte valor motivacional para la madre; y preventivo para el hijo o hija de ésta.

En este sentido, se sugiere que los hijos ingresen luego que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo a la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o pre contemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

Existen mujeres que, en el inicio del proceso terapéutico, no están en condiciones emocionales de tener a sus hijos con ellas en tratamiento, sin embargo, al avanzar en el proceso de desintoxicación biológica y emocional, y al ver a otras mujeres con sus hijos, aparece la necesidad de un vínculo más próximo con ellos/as. Para generar un espacio real de encuentro de las usuarias con sus hijos/as, tanto en modalidad residencial o ambulatoria, es necesario primero crear un espacio mental tanto en ellas como en cada una de las personas que conforman el equipo terapéutico.

Al incluir los niños y niñas se trae a la práctica y la realidad, la relación más primaria que es la de madre-hijo y su consecuencia es que transporta tanto a la usuaria como al equipo tratante hacia “las relaciones”, por lo que técnicamente se pone el énfasis en ello y lleva ineludiblemente a trabajar más con la familia.

En consideración a lo anterior, es fundamental que los niños y niñas mantengan sus controles de salud al día. Y la prioridad de atención que debe darse a mujeres gestantes y puérperas¹⁸

IV.- OBJETIVOS PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL:

Objetivo General

Entregar una atención integral y de calidad, que propicie la recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias

Objetivos Específicos

- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.

¹⁸Para mayor información consultar los textos MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS : Sugerencias para el Abordaje de Mujeres Embarazadas con Problemas de Drogas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2010 Y MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS Embarazo, Puerperio y Lactancia Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2016

- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar y fortalecer el desarrollo de competencias para la integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Fortalecer y reparar relaciones vinculares significativas
- Fomentar estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones parentales saludables
- Facilitar la conexión con sistemas de apoyo que permitan mejorar las condiciones de inclusión social.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

V.- ETAPAS DE LA INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DE PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

Dado que desde el enfoque de la RECUPERACIÓN y la continuidad de los cuidados, existe la posibilidad que un proceso de tratamiento se desarrolle por parte de distintos equipos/establecimientos o dispositivos de la red, es posible que las etapas que se describen a continuación, no se desarrollen en su totalidad en cada uno de ellos.

De igual manera, se pueden distinguir cuatro etapas en el desarrollo del Plan de Tratamiento, que aborden a su vez, una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Estas etapas se desarrollan de manera flexible, considerando los tiempos de cada usuario/a, por lo que su duración es estimada, y estará condicionado a la co-construcción del Plan de tratamiento individualizado de cada persona en tratamiento y el equipo, como a los avances y/o retrocesos, que pudieran ocurrir en su desarrollo.

Las diferentes intervenciones que se requieren realizar en un proceso de tratamiento, incluyen tanto las terapéuticas, como aquellas orientadas a apoyar la integración social. Estas intervenciones se realizan en concentración y frecuencias diversas, según el diagnóstico integral de cada persona, que aporta al diseño del Plan de Tratamiento Personalizado. Por lo que si bien en general la mayor intensidad del proceso, se produce una vez lograda la estabilización biomédica del consumo problemático y la comorbilidad, si existe, esta, variará según cada persona.

1ª Etapa: está destinada principalmente a la construcción de la alianza terapéutica y la elaboración del diagnóstico integral. Contempla la acogida y contención emocional, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general, incluida la salud sexual y reproductiva; estado de salud mental; diagnóstico y descripción de las necesidades de integración social, valoración del compromiso biopsicosocial de la persona usuaria afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; apoyar la profundización de la motivación al cambio; inclusión del trabajo terapéutico con familia como parte del proceso.

En relación a los planes específicos para mujeres, se aborda la valoración de la identidad y rol de género; las complicaciones asociadas al consumo, para ella, para hijas /hijos en gestación, en caso de estar embarazada y el cuidado y custodia de los hijos/hijos, durante el período de permanencia en el programa.

2ª Etapa: etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación y establecimiento de vínculos saludables con el sistema intrafamiliar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles con perspectiva de género; apoyo al fortalecimiento y desarrollo de competencias de integración social (conocimientos, habilidades y actitudes). Además de fomentar la vinculación y derivación a redes de apoyo según las necesidades de integración social detectadas.

Los planes específicos para mujeres consideran además el entrenamiento en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos – hijas y el sistema intrafamiliar

3ª Etapa: Es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo en que se espera que las personas estén concretando la incorporación a las, diferentes instancias y actividades que le permitan hacer realidad los cambios y propósitos en su proyecto de vida donde se fortalecen los logros terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

. Se considerarán motivos de egreso de un programa:

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa por incumplimiento grave a las normas de convivencia como robo, tráfico

al interior del centro, agresión, etc. También procede en caso de traslado de domicilio o fallecimiento, o término del convenio¹⁹

- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 45 días, habiéndose realizado a lo menos tres acciones de rescate efectivas²⁰, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

4ª Etapa: Corresponde a un período de seguimiento, posterior al alta terapéutica, cuyo objetivo es evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados por la persona usuaria en el plan de tratamiento, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades. No obstante lo anterior se deberá velar porque la persona usuaria mantenga la continuidad de cuidados en los dispositivos de la red.

¹⁹Siempre que una persona usuaria egrese con alta administrativa, el centro deberá adicionalmente gestionar una derivación a otro dispositivo dado que se trata de mantener la continuidad de los cuidados

²⁰Se entenderá por rescate efectivo acciones planificadas con objetivos específicos orientados a las necesidades de la persona usuaria para su reincorporación al tratamiento

VI. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN CON CALIDAD DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL

1.-DIAGNÓSTICO INTEGRAL

A **continuación**, se presentan los diferentes elementos que deben ser considerados para realizar un diagnóstico integral de la persona, es decir que contemple no sólo los aspectos clínicos propios del trastorno, si no que las diferentes dimensiones y variables que permitan evaluar la historia y situación actual de la persona.

Áreas o dimensiones a evaluar:

1.- Uso de Sustancias

En esta área se indaga el uso de sustancias en los siguientes ámbitos:

- Contexto histórico personal y familiar del uso de sustancias;
- Uso de sustancias antes de ingresar a tratamiento;
- Consecuencias negativas percibidas por la persona usuaria;
- Antecedentes de tratamientos anteriores.
- Diagnóstico Clínico

Diagnóstico clínico del Uso de sustancias

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

a) 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.

b) 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, conjunto de síntomas que se manifiestan cuando el consumo de la sustancia se reduce o cesa
- 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 utilizado para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

2.- Salud mental y física

2.1 Salud mental

En esta área se evalúan los siguientes ámbitos:

2.1.1 .Trastorno de salud mental comórbido.

Diagnóstico

Evaluar el trastorno de salud mental y 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. Dado que 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

2.1.2 Funcionamiento psicológico. Este ámbito evalúa aspectos del funcionamiento psicológico que impactan los resultados del tratamiento (auto-estima, auto-eficacia y toma de decisiones)

2.1.3 Funcionalidad cognitiva (función ejecutiva). Evaluar la funcionalidad cognitiva con la administración de instrumentos de tamizaje para identificar tempranamente a las personas que ingresan a tratamiento y que presentan indicadores de problemas cognitivos transitorios o permanentes, en especial el Síndrome Disejecutivo. El síndrome disejecutivo se refiere a un conjunto de alteraciones de las funciones ejecutivas cerebrales, entre las cuales se encuentran las siguientes

- Dificultades para el inicio, la interrupción y/o el reinicio de la conducta.
- Problemas en la focalización, el mantenimiento y la alternancia de la atención.
- Desinhibición.
- Inflexibilidad para generar hipótesis alternativas ante los problemas. Déficit en el establecimiento y el mantenimiento de planes de acción orientados a metas. Falta de regulación de la conducta basada en la retroalimentación.
- Dificultades en la abstracción y la categorización de conceptos.
- Disminución en la producción fluida del lenguaje.
- Dificultades en la recuperación guiada de la información almacenada.
- Problemas en la atribución de estados mentales a las demás personas; aquí se incluyen alteraciones en el razonamiento social.

2.1.4 Otros problemas de salud mental

- Violencia Intrafamiliar²¹
- Abuso Sexual
- Maltrato Infantil
- Explotación sexual comercial
- Riesgo suicida

²¹Para Mayor información consultar el texto: RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE POBLACIÓN CONSUMIDORA PROBLEMÁTICA DE ALCOHOL, EN CONTEXTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Área Técnica de Tratamiento y rehabilitación División Programática SENDA 2018

2.2 Salud Física

Se trata de evaluarla presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas asociadas.

- Hepatitis alcohólica sub-aguda
- Hepatitis crónica
- Enfermedades somáticas
- Hepatitis B, C, D
- ITS
- TBC
- 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

3.- Situación familiar

Dado que el apoyo familiar resulta central en el proceso de recuperación de las personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas. Se sugiere considerar los siguientes ámbitos en la evaluación de esta área: Descripción de la familia, Pautas de relación/interacción, y Valores y creencias

La familia puede movilizar a la persona a solicitar ayuda profesional e iniciar el proceso de cambio, acompañar en el alcance y mantención de logros terapéuticos y colaborar activamente en el desarrollo de estilos de vida saludables.

4.- Funcionamiento Social e Integración Social

Esta herramienta diagnóstica se sustenta en la relevancia de considerar los procesos únicos y continuos en el tiempo, donde es necesario conocer las necesidades individuales y los recursos de cada persona. En este sentido, evaluar las necesidades de integración social, se sustenta en la consideración de que, para la mantención de los logros terapéuticos, es relevante aportar y apoyar a las personas en acciones concretas encaminadas a su plena integración social.

Los procesos de Integración Social son procesos interactivos en que tanto la sociedad como la persona en cuestión, participan activamente para aumentar sus niveles de autonomía personal, de participación ciudadana y capitales de recuperación involucrados, con el propósito de mejorar las condiciones de vida permitiendo así contribuir a la superación de la situación de exclusión social, que, en el caso de ser mantenidas en el tiempo, obstaculizarían la posibilidad de una recuperación sostenida, aumentando el riesgo de consumo y las consecuencias individuales, familiares y sociales que éste involucra.

En general, realizar una adecuada evaluación de la dimensión de Integración Social, permitirá que un equipo de tratamiento pueda:

- a. Evaluar las necesidades de Integración Social de las personas usuarias de centros de tratamiento.
- b. Identificar las fortalezas y obstáculos que faciliten y/o dificulten los procesos de Integración de cada persona usuaria.
- c. Obtener información pertinente para la construcción del Plan de Intervención Individual, que permita introducir actividades y acciones que contribuyan a una integración social efectiva de la persona usuaria.

Las Áreas incluidas en la evaluación y análisis de las necesidades de integración social de cada persona, contempla; intereses, competencias y habilidades que favorezcan su proceso de integración social, a la luz de los recursos y condiciones objetivas que la persona ha demostrado en su vida y en este proceso de cambio.

Junto con conocer cómo es la relación entre la persona y la, o las sustancias, también se debe conocer cuáles son sus expectativas, recursos y condiciones de vida, que harán que pueda transitar desde condiciones de mayor exclusión hacia condiciones de integración social.

Para esto se pone a disposición de los equipos el instrumento de **Diagnóstico Global de Necesidades de Integración Social**: una rúbrica que desglosa elementos relacionados a distintos capitales de recuperación como el social, humano y físico y que describe de manera cualitativa la presencia y relación de la persona con aspectos específicos vinculados a estos capitales. El objetivo de esta herramienta es entregar información complementaria y comprensiva, en el marco de la evaluación integral, identificando fortalezas y obstáculos que facilitan y/o dificultan los procesos de integración social y que sirven de apoyo para la construcción de los planes de intervención individual.

5.-Transgresión a la norma (social y jurídica)

Desde la década de los años 1980 se ha estudiado la relación del uso de drogas y la comisión de delitos, dada la elevada prevalencia de uso de drogas en la población que presenta infracción a la ley en comparación con la población general; fenómeno que no sólo se encuentra en países anglosajones y en Europa, sino que también en nuestro país y en otros países de Latino América

Se debe por lo tanto, indagar acerca de la transgresión a las normas sociales y la comisión de delitos de las personas usuarias que ingresan a tratamiento, toda vez que la investigación ha encontrado que la reducción o la abstinencia del uso de sustancias en las personas que han cometido delitos tiene un efecto en la reducción del riesgo de reincidencia).Una explicación para este hallazgo es que la población que usa sustancias y ha cometido delitos es una población heterogénea en lo que concierne al riesgo de reincidencia, y debiera proveerse intervenciones diferenciadas de tratamiento para reducir la probabilidad de nuevas detenciones o la reincidencia.

La indagación en esta área debe considerar los siguientes ámbitos:

- 1.-Historia de transgresión a la norma social y comisión de delitos (generales),
- 2.-Pautas antisociales de la personalidad,
- 3.-Pares antisociales,
- 4.-Cogniciones antisociales,
- 5.-Antecedentes de involucramiento en violencia intrafamiliar y agresión sexual.

4. Motivación para el cambio y Estadío Motivacional

La disposición motivacional para el cambio de comportamientos y la motivación para ingresar a tratamiento se relaciona con el enganche y la permanencia en tratamiento; es decir, es más probable que una persona que percibe el uso de sustancias como un problema que afecta su vida o ya está realizando cambios en su uso de la sustancia, esté más dispuesta a ingresar y adherir a un tratamiento).

Sin embargo, **la motivación para el cambio de comportamientos y para participar en el tratamiento para el trastorno por uso de sustancias no es un proceso lineal** en el cual el usuario avanza con resolución hacia el logro de sus metas, sino que presenta avances y retrocesos y es un fenómeno que fluctúa según factores internos y externos al individuo (situacionales).

La diferenciación del proceso de cambio en estadios implica que un terapeuta puede utilizar diferentes tácticas con una persona usuaria, 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 la persona. Los problemas que se derivan de que las personas se encuentren “no motivados”, surgen cuando el terapeuta está utilizando estrategias inadecuadas para la etapa real en el proceso de cambio en la que se encuentra dicha persona.

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
- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar. 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.
- **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.
- **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.

5.- Fortalezas y recursos de la persona usuaria

El diagnóstico Integral de personas que ingresan a tratamiento -junto con las necesidades y problemas de intervención-, debe considerar también los recursos y las fortalezas de las personas y el medio en el que estas se desenvuelven.

Las fortalezas y recursos de la persona (o factores protectores), se refieren a sus fortalezas y recursos sociales que pueden ser usados como apoyos para la recuperación; se incluyen en estas fortalezas a aquellas que han contribuido a períodos anteriores de estabilidad. Entre las fortalezas de la persona se encuentran los rasgos positivos de su personalidad, sus habilidades sociales, sus estrategias de afrontamiento, y el apoyo de familiares o amigos.

La fortaleza de una persona no es necesariamente un recurso, a menos que esa fortaleza esté disponible para ser usada en el afrontamiento y resolución de problemas. Se debe descubrir, realzar, explorar y explotar las fortalezas de las personas y sus recursos, con el fin de apoyar

en el logro de metas, haciendo frente, muchas veces a las consecuencias que ha tenido para la persona las diversas vivencias de estigmatización y exclusión.

Trabajar desde las fortalezas y recursos, exige del equipo técnico desarrollar la capacidad de ver de forma amplia e integral a las personas, a sus entornos y contextos y a las situaciones concretas que viven y afrontan.

2.- COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL

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 y de su entorno.

A continuación, se presentan dos tablas, la Tabla 1 para la población general consta de 14 variables, la Tabla 2 para población específica de mujeres consta de 18 variables, ambas permiten, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial, el cual no es susceptible de una puntuación cuantitativa. Más bien, en cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la persona pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo. El que facilitará la toma de decisiones respecto del nivel de intensidad de la intervención requerida para la persona, y la modalidad: ambulatoria, básica intensiva o residencial

Un criterio posible para la evaluación del compromiso (pero que no está validado,), es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables para población general y 9 o más variables para población específica de mujeres) en la misma categoría, es posible estimar que corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa persona en ese momento.

Tabla 1: POBLACIÓN GENERAL

VARIABLES Y DIMENSIONES A OBSERVAR	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL POBLACIÓN GENERAL		
	Leve	Moderado	Severo

1. Patrón de consumo Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	<ul style="list-style-type: none"> – Una sola sustancia – En forma esporádica – Vía oral o respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> – 2 ó más sustancias – Consumo semanal o fin de semana – Vía oral y/o respiratoria 	<ul style="list-style-type: none"> – 2 ó más sustancias – Consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingesta. – Aumento de dosis – Se agrega vía inyectable
2. Diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (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. Red de apoyo social	Presencia de red de amistades de apoyo	Precaria red apoyo, dispuesta con reparos	Ausente, con gran conflicto relacional.

Tabla 2: POBLACIÓN ESPECÍFICA DE MUJERES

VARIABLES BIOPSIICOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIICOSOCIAL 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 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnóstico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó 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	convinciente 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 éxito. 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	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.

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

		condenas por faltas o delitos leves	
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.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantenición 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 períodos gestacionales	Disminución del consumo en períodos gestacionales	Mantenición 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

3.- HABILITACIÓN EN COMPETENCIAS DE INTEGRACIÓN SOCIAL:

El propósito de habilitar a las personas usuarias de sustancias en Competencias para la Integración Social es desarrollar en ellas habilidades asociadas a: la Comunicación, Iniciativa, Autonomía y Manejo de situaciones difíciles. Dichos ámbitos de competencias han sido descritos como críticos para contribuir al empoderamiento y a la mantención en el largo plazo de los logros alcanzados durante el proceso de tratamiento.

Para desarrollar esta habilitación, se encuentra disponible el Portafolio **de Competencias para la integración Social (CIAM)**²³²⁴, dicho portafolio reúne un conjunto de actividades grupales, que incluyen aspectos lúdicos, prácticos e innovadores, que se complementan con un uso diverso de recursos materiales y pedagógicos. Se espera que el equipo profesional del Centro de tratamiento facilite el aprendizaje en las personas usuarias, de las competencias que están contenidas en cada uno de estos talleres. Mejorando así el desempeño de las personas en cuanto a sus habilidades de comunicación, indicativa, autonomía y manejo de situaciones difíciles.

Particularmente, el enfoque de competencias se propone lograr que las personas en procesos de recuperación desarrollen, por una parte, estrategias que les permitan generar sistemas adecuados de relaciones con sí mismos(as) y con otros(as), potenciando los vínculos afectivos y familiares, y por otra, que se sientan parte de sus comunidades, que se encuentren informados(as), que participen en espacios públicos y de ocio.

4.- PLAN DE TRATAMIENTO INDIVIDUAL (PTI)²⁵

Corresponde al diseño estratégico de intervención para cada persona, y se construye en conjunto con el usuario/a, en base al motivo de consulta y a la evaluación integral realizada por el equipo de tratamiento.

²³ CIAM El detalle de esta estrategia metodológica, sus componentes y el detalle de cada una de las actividades de aprendizaje propuestos, se encuentra descrita en el Portafolio de Competencias para la Integración Social, disponibles en todos los centros de tratamiento que forman parte de este convenio

²⁴ Link para descargar

²⁵ Equivalente al PCI o Plan de Cuidados Integrales

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

Los objetivos del PTI deben ser relevantes para el usuario, específicos, mensurables, realizables y de duración determinada²⁶

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

En este plan deben quedar plenamente identificados y registrados los objetivos terapéuticos a ser alcanzados con el usuario y su familia, quienes -como parte de la elaboración de éste- deben conocer íntegramente dichos objetivos y las actividades y estrategias que se concertaron para su cumplimiento

Asimismo, deben registrarse los resultados de las evaluaciones periódicas que los equipos realicen en conjunto con la persona usuaria y familia.

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

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

²⁶Para Mayor información para la elaboración del PTI consultar el texto Plan de Tratamiento Individual en Consumo (Perjudicial o Dependiente) de Drogas o Alcohol: ENFOQUE SMART PARA EL DISEÑO DE OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015 y Utilización de Representaciones Gráficas (node-link o mapping) EN EL TRATAMIENTO DE USUARIOS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación División Programática SENDA 2015

- Debe **estar registrado en la ficha clínica**

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

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

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

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.

5. - CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

El consentimiento informado debe reunir al menos cuatro requisitos fundamentales.

- a. **La voluntariedad** le permite decidir libremente y sin coacción si quiere someterse a un estudio o tratamiento. Este carácter voluntario se incumple cuando se solicita desde la autoridad o no se brinda el tiempo necesario para que la persona consultante o sus familiares puedan reflexionar y tomar una decisión. Además se debería brindar la posibilidad de contar con el asesoramiento de una persona experta en la materia.
- b. La función de **la información** es proporcionar los datos adecuados y necesarios a quien debe tomar una elección para que pueda hacerlo sin sesgos.
- c. Confidencialidad de la información, se debe explicitar que la información personal será manejada con total **confidencialidad** y en ningún caso se publicará o divulgará información personal que lo (la) pudieran identificar.
- d. El tipo de información debe ser **comprensible y completa**, y debe incluir los objetivos, los beneficios, los riesgos reales o potenciales que se puedan derivar y la opción claramente especificada de rechazar el tratamiento o estudio en cualquier momento sin que por ello le afecte en otros tratamientos.

6. - ADHERENCIA AL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

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

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

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

7. - 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. Para el desarrollo de estas acciones se recomiendan las llamadas telefónicas, visitas domiciliarias y utilización de estrategias motivacionales orientadas a la re vinculación con el programa.

Las estrategias de rescate deben ser conocidas por todos y estar previamente definidas con plazos y responsables

8. - EVALUACIÓN

Se entiende la evaluación, como un proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de los programas de tratamiento, mide en relación a resultados esperados, como también, permite comparar con estándares específicos, con el fin de modificar, afinar, mejorar y/o formular nuevos planes o iniciativas.

Algunos elementos esenciales a considerar para el proceso de evaluación, de los programas de tratamiento son:

- **Los criterios de calidad**, definidos como elementos predeterminados, con los que se puede, medir y comparar, aspectos importantes de la calidad de la gestión y de la calidad de los servicios.
- **Los estándares de calidad** son definidos como el grado de cumplimiento del criterio que se exige el equipo y que se expresan siempre en %.

La interrelación de estos elementos se produce porque su construcción se basa en tres pilares esenciales:

1. La evidencia actualizada y la literatura especializada.

2. Las Normas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y otros documentos regulatorios vigentes.
3. La experiencia de profesionales expertos

La magnitud y diversidad de los dispositivos /centros de tratamiento en el marco de este convenio determina la relevancia de implementar procesos de evaluación que permitan monitorear las distintas dimensiones y/o estándares definidos como fundamentales para el otorgamiento de una atención de calidad²⁷.

Se han implementado evaluaciones destinadas a la medición de procesos, de responsabilidad de los equipos de gestión SENDA MINSAL (pautas de evaluación de aplicación anual) y evaluaciones de responsabilidad de los equipos que otorgan el tratamiento (monitoreo de resultados de los indicadores de retención, logro terapéutico y alta terapéutica e implementación de pautas de avance de proceso terapéutico)

La literatura contemporánea de tratamientos de salud mental y de los problemas asociados al uso de sustancias ha recomendado en forma creciente el monitoreo rutinario de los resultados del tratamiento. Para la medición y monitoreo de resultados de tratamiento se ha implementado el Perfil de resultados del tratamiento (TOP)

8.1.- 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:

- **Uso de Sustancias / 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.

²⁷Para mayor información consultar Anexo gestión de la calidad

- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Necesidades de Integración Social:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social y jurídica necesidades criminógenas,** 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 X

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

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

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

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

8.2 - MONITOREO DE RESULTADOS TERAPÉUTICOS (TOP)²⁸

Ante la necesidad de disponer de una metodología que permita a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de sus usuarios, SENDA validó para la población chilena un instrumento desarrollado por la National Treatment Agency for Substance

²⁸Para mayor información consultar el texto Perfil de Resultados del Tratamiento (TOP) MANUAL PARA EL ENTREVISTADOR Área técnica en tratamiento y rehabilitación División Programática SENDA 2015

Misuse (NTA) de Reino Unido, denominado TOP, por sus siglas en inglés (*Treatment Outcomes Profile*), cuya traducción al español es Perfil de Resultados de Tratamiento.

El TOP es una herramienta que permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de las personas en tratamiento, utilizando medidas objetivas y comparando el comportamiento pre - intra y post tratamiento. Contiene un conjunto de preguntas que recopilan información sobre el consumo de drogas y alcohol, la salud física y psicológica, la transgresión a las normas sociales y el funcionamiento social del usuario.

Este instrumento se aplica a personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol. El TOP ha sido desarrollado como una entrevista breve entre un miembro del equipo de tratamiento y el usuario, y como parte de un plan intervención terapéutico²⁹, la información recogida puede ser utilizada como una fuente adicional para el desarrollo y monitoreo del Plan de Tratamiento Individual (PTI).

El TOP se administra al ingreso a tratamiento para registrar una línea base del comportamiento del usuario/a durante el mes previo a la aplicación del instrumento, posteriormente se administra cada 3 meses para capturar cambios conductuales, al momento del egreso o alta del tratamiento, y puede ser usado en mediciones de resultados post-egreso

8.3.- EVALUACIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO AL EGRESO

Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia, del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante, así como también, la trayectoria en el marco de los procesos de integración social, para lo cual es necesario aplicar el diagnóstico de necesidades de integración social, y estimar los cambios con respecto de la información consignada al ingreso.

²⁹Se adjunta anexo con instrumento TOP

Las categorías de consenso son:

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

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

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

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

Metas /objetivos	Logro alto	Logro intermedio	Logro mínimo
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

9. VINCULACIÓN A INSTANCIAS DE APOYO A LA INCLUSIÓN SOCIAL:

Durante todo el proceso de Tratamiento, será necesario evaluar las necesidades de integración social que vayan surgiendo, logrando hacer una efectiva conexión con la instancia de apoyo que la persona requiera en dicho momento.

Las necesidades más frecuentes en este grupo se agrupan dentro de las siguientes categorías:

- Educación
- Empleo
- Habitabilidad
- Situaciones judiciales
- Apoyo Social
- Protección Social
- Ocio y tiempo libre

Para detectar estas necesidades se ha puesto a disposición de los centros de tratamiento la Ficha de necesidades de integración social, la cual se sugiere sea revisada y llenada cada dos meses, así se podrá tener de manera actualizada la información respecto de aquellas necesidades que vayan también surgiendo durante el proceso de recuperación. Por lo tanto servirá como insumo para actualizar el Plan de tratamiento Individual, pero a la vez exige que el Centro de tratamiento implemente estrategias de trabajo en red que sean efectivas y que logren satisfacer las necesidades que esta población presenta, siendo esto calve para la sostenibilidad a largo plazo de los logros terapéuticos.

Siendo la necesidad de apoyo al empleo y empleabilidad, una de las más importantes que presenta esta población, SENDA pone a disposición de la red de recuperación en 5 regiones del país³⁰ de dispositivos de Orientación sociolaboral, a través de los cuales secontempla una intervención complementaria al proceso de tratamiento socio sanitario, especializada en el mejoramiento de las competencias de empleabilidad y el apoyo a la obtención de un puesto de trabajo en aquellos casos que así lo requieran.

³⁰ Está disponible en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y Los Ríos. Se espera su aumento progresivo a otras regiones del país.

VII. SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO

Lograr una efectiva recuperación del consumo problemático de sustancias requiere de cambios profundos, que se inician en el proceso terapéutico al interior de un centro con el apoyo de un equipo especialista y continuarán llevándose a cabo a lo largo de la vida. La resolución exitosa del trastorno severo por consumo de sustancias puede tomar años e incluso décadas,³¹

El tratamiento no termina con el egreso del plan de tratamiento, pues se necesita un tiempo largo de observación y acompañamiento para la consolidación de los cambios.

Se recomienda, realizar intervenciones (entrevistas individuales, familiares y grupales), durante los doce meses siguientes al alta terapéutica del programa de tratamiento, con el objeto de evaluar la mantención de los logros terapéuticos, fortalecer factores protectores de la mantención de los mismos, fortalecer estrategias de resolución de conflictos y acoger en casos que se presenten recaídas.

Se sugiere una frecuencia **cuatrimestral**, y de acuerdo al ritmo y las necesidades de las personas, se pueden espaciar los encuentros terapéuticos.

Se recomienda que dentro de este proceso, las personas se incorporen a instancias de participación como Grupos de Autoayuda o grupos de apoyo psicosocial comunitarios (mujeres, personas mayores etc.) Así mismo es importante mencionar que la persona es parte de la red pública de salud por lo que se realizará constante seguimiento en sus prestaciones regulares de salud a lo largo de su curso de vida.³²

Cada día se acumula más evidencia sobre el papel acerca del soporte social como factor protector en la vida de las personas: en referencia, por una parte, al acceso a conocimientos que faciliten la adaptación o transformación de la realidad inmediata de cada persona; al acceso a bienes y servicios para la satisfacción de las necesidades físicas y como soporte

³¹White, W. Recovery Management. What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In W. White, E. Kurtz and M. Sanders. *Recovery Management*. Great Lakes Addiction Technology Transfer Center, Chicago, IL, 2006, pp. 44-57 (<http://www.nattc.org/recoveryresource/docs/RecMgmt.pdf>; recuperado en julio de 2016)

³²Población inscrita en la red de salud pública

emocional a aquella ayuda que facilite la salud mental de la persona y que se expresa en relaciones de amistad o camaradería.

La experiencia de autoayuda en los grupos en el contexto de los problemas de consumo de sustancias psicoactivas, y muy especialmente en la población femenina, ha demostrado que son espacios nutritivos y aportadores en el cultivo de vínculos y apoyo psicosocial, en la generación de bienestar subjetivo, generación de proyectos personales y colectivos, además de ser espacios que favorecen la mantención de la abstinencia y otros indicadores de logro terapéutico.

Las redes de soporte social pueden ser también una estrategia eficaz para reconstruir el tejido social deteriorado.

Por último, existe en 5 regiones del país³³, un dispositivo específico para apoyar la inclusión social, post alta de tratamiento, denominado **Viviendas de Apoyo a la Integración Social (VAIS)**. Este dispositivo es una instancia habitacional transitoria, orientada a facilitar el fortalecimiento de un conjunto de habilidades personales, que permita el logro de una vida independiente y autónoma, socialmente normalizada e integrada en su entorno familiar, laboral y social, destinada a las personas en proceso de recuperación por consumo problemático de sustancias, que han superado las etapas de su proceso de tratamiento y rehabilitación y que carecen de un soporte familiar o de un espacio convivencial adecuados para llevar adelante su proyecto de vida.

Será fundamental conectar a las personas que lo requieran a este dispositivo para que puedan continuar así su proceso de recuperación, consolidando los logros alcanzados en el tratamiento. Durante la estancia de la persona en VAIS, el equipo de tratamiento deberá mantener un seguimiento activo y coordinado con los profesionales de dicho dispositivo, centrado en fortalecer las conductas de autocuidado, prevención de recaídas y mantención de la compensación de problemas de salud mental que la persona pudiera tener.

Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances, progresos y/o

³³Están disponibles en las regiones de Tarapacá, Valparaíso, Metropolitana, Biobío y Los Ríos.

dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento.

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

- **Uso de Sustancias / Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Integración Social: habitabilidad, redes de apoyo,** experiencia laboral, satisfacción con estudios, acceso a capacitación y o formación técnica profesional, grado de participación ciudadana, uso del tiempo libre, entre otras.
- **Trasgresión a la norma social y Jurídica:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4

Estado de salud física (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE X

VIII ANEXOS

- 1.-Programa Específico de Mujeres Procedimientos Específicos para el abordaje de situaciones críticas
- 2.- Hallazgos de la investigación del impacto a largo plazo en la salud de los eventos y/o cadena de eventos experimentados en las fases de la vida de las personas, asociados al consumo de sustancias:
- 3.-Norma Social y su Transgresión
- 4.-Recomendaciones para la Intervención culturalmente pertinente,
- 5.-TOP
- 6.-Satisfacción usuaria OPOC
- 7.-Orientaciones para el Diagnóstico de Necesidades de Integración Social

ANEXO 1

PROGRAMA ESPECÍFICO DE MUJERES PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS

1.1. En relación a los hijos de las mujeres en tratamiento

El ingreso de los hijos a los programas de tratamiento debe ser evaluado en cada caso específico, pues no todas las usuarias se encuentran en condiciones de asumir las responsabilidades por el cuidado de sus hijos al inicio del programa.

El rol del equipo es cuidar a los niños y niñas, velar por sus derechos dentro del centro, observarlos y acudir/derivar a profesionales competentes en caso de dudas o problemas en su desarrollo (centro de salud, profesores o educadores de párvulos) y coordinarse con los servicios sociales y de la infancia del territorio. Un aspecto central es generar las condiciones que permitan potenciar el desarrollo del rol materno a través de la observación de la interacción madre-hijo apoyo en las conductas positivas que la madre emprende y acompañamiento en actividades de estimulación temprana y de fortalecimiento de una relación vincular saludable.

El equipo debe permitir que los niños se desarrollen en un ambiente cercano a su contexto natural, y con el máximo de contacto con su familia, así como también disponer de espacios

físicos que le permitan jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

El equipo debe velar porque la usuaria inscriba a su hijo en el centro de atención primaria correspondiente, asista con su hijo a los controles correspondientes según lo indicado por el equipo de salud a cargo. Asimismo debe promover la vinculación con el sistema educativo, coordinándose con salas cuna y colegios. En caso contrario debe informar al familiar responsable y evaluar en conjunto con la usuaria la asunción de las responsabilidades del cuidado del niño/a. También debe aclararse la situación legal del o la menor, especialmente cuando existan medidas cautelares, las cuales deben ser explicitadas desde el consentimiento informado. Se recomienda mantener contacto permanente con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente al territorio y todas las instituciones y personas pertinentes.

Finalmente en la situación excepcional, de que la madre abandone el programa de tratamiento, dejando al hijo/a en el centro, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso

Es necesario:

- Velar por los derechos de los hijos e hijas de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Coordinarse y /o derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo o hija al cuidado del centro.

1.2 En relación al tratamiento con mujeres gestantes

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos:

- Restricciones al uso de tabaco.
- Favorecer el contacto permanente de la usuaria con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente³⁴.
- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego³⁵ con el hijo/a.

1.3 En relación a la lactancia:

La lactancia natural es una forma sin parangón de proporcionar un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes; también es parte integrante del proceso reproductivo, con repercusiones importantes en la salud de las madres. La leche materna es el único alimento capaz de satisfacer todos los requerimientos nutricionales durante los primeros 6 meses de vida, sin requerir otros alimentos agregados como agua o jugos.

El equipo no debe tomar decisiones respecto de suspender lactancia en caso de puérperas en tratamiento, esta decisión debe ser tomada por la usuaria en conjunto con su equipo de salud del CESFAM en el que mantiene sus controles, o con el equipo de salud que corresponda según el caso, sin embargo aun cuando la decisión sea suspender la lactancia, en ningún caso esto debe considerar el alejamiento de la madre de su hijo/a recién nacido

Existe normativa vigente de MINSAL, respecto de preparación de mamaderas y alimentos disponible en su página web.

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a *la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños*. *Se sugiere consultar la página del Sistema de Protección Social Chile Crece Contigo.*

³⁴Para mayor información consultar MUJERES Y TRATAMIENTO DE DROGAS : Sugerencias para el Abordaje de Mujeres Embarazadas con Problemas de Drogas Área Técnica de Tratamiento y Rehabilitación CONACE 2010

³⁵ Mayor información en Manual de Intervención temprana para bebés en situación de riesgo (3 -12 meses). Manual del Cuidador. Unidad de Intervención temprana. Este manual, financiado por el Servicio Nacional de Menores y realizado por la Unidad de Apego y Salud Mental de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Fundación San José para la Adopción, no puede ser reproducido sin la autorización de sus autores.

1.5 En relación a la promoción del vínculo madre hijo/a

Según Calvo³⁶³⁷, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de

³⁶ Calvo, H. (2004) Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

³⁷

ANEXO 3

NORMA SOCIAL Y SU TRANSGRESIÓN.

¿Cuándo una sanción o medida judicial puede relacionarse con una instancia de tratamiento?

En el marco de la legislación chilena es posible que ingresen a programas de tratamiento por consumo problemático de alcohol u otras drogas, personas derivadas del sistema judicial por infracción de ley, **en diferentes condiciones:**

- **Imposición de una pena.**

La consecuencia jurídica de un delito estará dada por la imposición de una pena. Nuestro sistema penal se caracteriza por su heterogeneidad, es decir, existe no una sino varias clases de penas, en el medio libre o abierto y en el medio cerrado o privativa de libertad. Cuando el individuo está cumpliendo una pena de privación de libertad, podrá acceder a tratamiento de consumo problemático de drogas por su voluntad si existe la instancia o programa de tratamiento intrapenitenciario.

Si la persona cumple una pena en el medio libre o abierto, como una condena de libertad vigilada, simple e intensiva podrá acceder a tratamiento en el marco de su condena, de acuerdo a lo establecido en la ley 18.216

Otra posibilidad en la cual una persona en proceso pueda ser enviada a tratamiento por parte del juez es la **Suspensión Condicional de Tratamiento.**

En términos generales, se puede definir la suspensión condicional del procedimiento como una salida alternativa, consistente en suspender el procedimiento, a petición del fiscal y con

acuerdo de la persona imputada, y su defensor, previa aprobación del juez de garantía, quien establece las condiciones a las que deberá someterse durante el plazo que se determine, el que no puede ser inferior a un año y no superior a tres.

Una de las condiciones posibles para suspender el procedimiento es el ingreso a tratamiento de consumo problemático de drogas.

Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD)

En el marco legal de la suspensión condicional del procedimiento, con la condición de someterse a tratamiento, desde el año 2004 se desarrolla en nuestro país el programa Tribunales de Tratamiento de Drogas

Esta iniciativa se convierte en una alternativa a la sanción que busca intervenir en la reducción del consumo problemático y en la inserción social de la persona.

Se configura una metodología en la cual intervienen profesionales tanto del ámbito jurídico (jueces, defensores y fiscales) como del ámbito sanitario (prestadores de tratamiento), así como equipos psicosociales con conocimiento en consumo problemático de drogas, insertos en el ámbito jurídico. Se busca favorecer la consistencia de la toma de decisiones judiciales que favorezcan la adherencia al tratamiento. Cada uno de los actores mencionados orientan su actuar en función de obtener logros tanto terapéuticos como resultados judiciales, esto sin abandonar los roles que cada uno tiene asignado en el ordenamiento jurídico y sanitario.

La Oficina Contra la Droga y el Delito de la Organización de las Naciones Unidas UNODC establece 12 principios que guían la implementación de los TTD en la actualidad

Unión entre el Tratamiento y los Tribunales.

La integración del equipo de justicia y de salud contempla la colaboración de ambos sistemas más allá del funcionamiento independiente de cada uno de manera tal de que el tratamiento pueda ser inmediato y con supervisión judicial permanente.

Acercamiento entre los opuestos para las decisiones.

Todos los miembros del equipo conocen en una reunión previa (*pre- corte*) que la prioridad para el Tribunal es discutir sobre cada persona implicada. Las decisiones son usualmente tomadas por consenso, siendo el juez, miembro del equipo, quien tiene la última palabra.

Identificación y pronta ubicación en el programa de las personas imputadas elegibles

Luego del arresto, se decide si la persona es o no candidata elegible para T.T.D. La decisión sobre elegibilidad debe incluir seguridad pública y conveniencia para el tratamiento, siendo este último una atención que debe comenzar lo antes posible.

Servicios de Tratamiento

La atención en tratamiento requiere un conjunto de prestaciones las cuales se espera estén disponibles para asegurar su atención.

Supervisión permanente mediante pruebas (test) de drogas

Es posible asegurar el cumplimiento por medio de exámenes de orina aplicados en forma regular y aleatorio. Este punto debe ser sólo una parte de una estrategia comprehensiva para los T.T.D y no un fin en sí mismo.

Estímulos y sanciones

- Una gama en escala de estímulos y sanciones debe ser desarrollada. Las sanciones deben ser rápidas y firmes, pero flexibles si es necesario.

- **Supervisión Judicial Continua**

Una supervisión permanente que contemple la interacción cara a cara con cada participante es esencial para esta metodología.

Evaluación para medir el éxito del programa

Referida a la evaluación de proceso y de impacto como parte del programa.

Capacitación interdisciplinaria

Los miembros de los T.T.D deben ser entrenados para trabajar en equipo, así como también tener un buen conocimiento sobre adicciones y sus posibles tratamientos.

Asociaciones con la Comunidad

Con esta asociación se realza la efectividad del programa y generan apoyos locales de manera tal de organizar de mejor forma los recursos existentes en la comunidad.

La importancia del Manejo del Caso

Como parte de su recuperación, el participante deberá tener acceso al cuidado de la salud, a la vivienda y empleo o capacitación. Cada participante en el programa debe tener un administrador del caso quien lo asiste para la reintegración a la comunidad.

El programa debe ser flexible

El tratamiento debe responder a las necesidades del participante adecuándose a ellas. Dentro de la flexibilidad está la variable duración del tratamiento conjugada con la duración de la sanción.

Es importante aclarar que la participación del individuo es *voluntaria*, ya que se requiere el acuerdo de la persona para decretar la suspensión condicional del procedimiento (salida legal utilizada) y además manifestar explícitamente su voluntad de someterse a las diferentes intervenciones terapéuticas (consentimiento informado), que incluyen los exámenes de drogas al azar.

ANEXO 4

RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN CULTURALMENTE PERTINENTE

La competencia intercultural es un modelo de trabajo que pretende mejorar la atención a personas con identidades culturales diferentes, facilitando que profesionales e instituciones integren una serie de conocimientos, actitudes y habilidades que lo hagan posible. Es, por lo tanto, un modelo de comprensión y acción fundamental para el ámbito de las drogodependencias (ARZA PORRAS Javier Universidad Pública de Navarra, España CARRÓN SÁNCHEZ José Universidad de Zaragoza, España 2016)

Se trata de darle visibilidad a la dimensión intercultural, imprescindible para el diseño y desarrollo de procesos de intervención integrales. La revisión de la literatura sugiere que los grupos étnicos, los nuevos inmigrantes y los refugiados, son relativamente vulnerables a los problemas de salud mental y consumo de sustancias debido a las desventajas económicas y sociales, el aislamiento, el racismo, la discriminación y las presiones culturales. (CAMH 2014, MINSAL 2016). La evidencia demuestra además que los miembros de las comunidades indígenas tienen una tasa mucho menor de participación en los programas de promoción, prevención y tratamiento de la salud y son menos propensos a recibir atención necesaria que la población general debido a barreras sistémicas y de servicios que incluyen factores lingüísticos y culturales, discriminación, actitudes estigmatizadoras y desconfianza hacia los proveedores de los servicios.

La competencia Cultural se refiere a la capacidad de interactuar de manera efectiva y respetuosa con personas de diferentes orígenes culturales y socioeconómicos (NIDA Alcohol & Drug Abuse Institute 2016) es decir es el conjunto de habilidades académicas e interpersonales que permiten a los individuos aumentar su comprensión y apreciación de las diferencias sociales y culturales en y entre grupos (Minsal 2016) es la capacidad de honrar y respetar las creencias, lenguas, estilos interpersonales y comportamientos de individuos y familias que reciben servicios(U.S. Department of Health and Human Services)

Competencia Cultural no es un estado que se alcanza, sino un «proceso en el cual los profesionales del cuidado de la salud continuamente se esfuerzan por conseguir la habilidad

y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad» (Osorio Merchán y Lucero, 2008)

La competencia cultural incluye cuatro componentes : (Alcohol & Drug Abuse Institute and the Washington State DSHS Division of Behavioral Health & Recovery)

1. Conciencia de la propia visión cultural del mundo;
2. Actitud hacia las diferencias culturales;
3. Conocimiento de diferentes prácticas culturales y visiones del mundo;
4. Competencias interculturales.

Aun cuando tradicionalmente se aplica en la intervención con la población inmigrante o con minorías étnicas autóctonas, el valor de este enfoque radica en la aplicabilidad y consecuentes mejoras en la atención, a otros colectivos con expresiones identitarias no étnicas, como es por ejemplo, el caso de las personas con consumo problemático de sustancias. La incorporación de la dimensión cultural, tanto en la explicación del fenómeno como en el diseño de estrategias para su abordaje se relaciona con la comprensión multidimensional desarrollada con el enfoque biopsicosocial..

Entonces, **¿por qué es importante incorporar el enfoque intercultural en el ámbito del tratamiento de personas consumidoras problemáticas de sustancias?**

- a. La competencia cultural es un ingrediente esencial al momento de disminuir las disparidades en salud (SAMHSA, 2014)
- b. Habilidades sensibles a la cultura mejoran la adherencia del usuario/a
- c. Impactan positivamente en la relación entre usuario/a y equipo tratante
- d. Aumentan la retención al tratamiento y mejoran los resultados

Según el **Protocolo de Mejoramiento del Tratamiento (TIP 59 SAMSHA)** para desarrollar la competencia cultural se deben considerar tres elementos centrales en la organización de los servicios que otorgan tratamiento:

1. Los relacionados con los consejeros
2. Los relacionados con los aspectos clínicos y programáticos

3. Los relacionados con lo organizativo y administrativo

Estos elementos centrales incluyen

1. la conciencia cultural,
2. el conocimiento cultural general,
3. el conocimiento cultural de la salud y de los comportamientos
4. y el desarrollo de habilidades culturales

Competencias básicas para consejeros y otro personal clínico

La competencia cultural ha llegado a significar más que un conjunto de habilidades o una base de conocimientos discretos; requiere una autoevaluación por parte del consejero/a.

Los consejeros culturalmente competentes son conscientes de su propia cultura y valores, y reconocen sus propias suposiciones y sesgos sobre otras culturas. Además, los consejeros culturalmente competentes se esfuerzan por entender cómo estas suposiciones afectan su capacidad de proporcionar servicios culturalmente receptivos a clientes de culturas similares o diversas

Los consejeros deben comenzar el proceso de llegar a ser culturalmente competentes identificando y explorando su herencia cultural y cosmovisión junto con su visión del mundo clínico, descubriendo cómo estas opiniones forman sus percepciones de y durante el proceso de consejería. Además de comprender a sí mismos y cómo su cultura y valores pueden afectar el proceso terapéutico, los consejeros culturalmente competentes poseen una comprensión general de las culturas de los clientes específicos con los que trabajan. Los consejeros también deben entender cómo las diferencias culturales individuales afectan el abuso de sustancias, las creencias de salud, el comportamiento de búsqueda de ayuda y las percepciones de los servicios de salud

Evaluación y planificación del tratamiento culturalmente responsable

El papel de la cultura debe ser considerado durante las entrevistas iniciales, en los procesos de tamizaje y evaluación y en el desarrollo de la planificación del tratamiento. El tratamiento

culturalmente receptivo sólo puede ocurrir cuando la toma de decisiones clínicas y programáticas incluye información y prácticas culturalmente relevantes y es apoyada por personal clínico, supervisores clínicos y la organización en su conjunto.

Competencia Cultural Organizacional

La competencia organizacional cultural es un proceso dinámico y continuo que comienza con la conciencia y el compromiso y evoluciona hacia políticas y procedimientos organizacionales que respondan culturalmente. Un compromiso para mejorar la competencia cultural debe incluir recursos para ayudar a apoyar la fidelidad continua a estas políticas y procedimientos junto con un proceso continuo de reevaluación y adaptación a medida que las necesidades de los clientes y la comunidad evolucionan.

A partir de la visión de la organización y la declaración de la misión, los administradores y juntas directivas deben desarrollar, implementar y apoyar un proceso de planificación estratégica que demuestre compromiso con la competencia cultural. Los miembros clave del personal asignados para supervisar el desarrollo de servicios culturalmente receptivos actúan como enlaces y facilitadores en el establecimiento de un comité de competencia cultural y en la realización de una autoevaluación organizacional de la competencia cultural. Con la participación de los miembros de la comunidad, el personal, los clientes y sus familias, los miembros de la junta directiva y otras personas, el comité de competencia cultural apoya y supervisa la autoevaluación organizativa, usándola para identificar fortalezas y áreas específicas para mejorar la capacidad de respuesta cultural.

Sobre la base de los resultados de la autoevaluación, el comité desarrolla e implementa un plan de competencia cultural

Una autoevaluación organizacional ayuda al comité a dar prioridad a los pasos necesarios para mejorar los servicios culturalmente receptivos.

El plan debe abordar:

- ✓ Estrategias para reclutar, contratar, retener y promover personal calificado y diverso;
- ✓ Considerar el uso de intérpretes o funcionarios bilingües;
- ✓ Capacitación del personal, desarrollo profesional y educación;
- ✓ Fomentar la participación de la comunidad;

-
- ✓ Desarrollo de materiales de programas culturalmente apropiados;
 - ✓ Estrategias y metodologías para incorporar enfoques de tratamiento culturalmente relevantes;

ANEXO 5

PERFIL DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO (TOP):

La literatura plantea que la calidad de la intervención de programas de tratamiento se relaciona con un conjunto de dimensiones, que orientan y facilitan el ordenamiento de las actividades que deben ser implementadas, monitoreadas y evaluadas, ellas son:

1. **Accesibilidad:** Entendida como la facilidad con que el usuario(a) obtiene la atención en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. Es importante saber si la atención llega a quién la necesita y cuándo la necesita. En esta dimensión es relevante reconocer que las barreras existen, identificarlas y medirlas, implementar soluciones creativas e innovadoras, manteniéndose si ellas resultan útiles.
2. **Oportunidad:** Es la prestación de servicios, en condiciones adecuadas, cuando el usuario lo requiera. Está relacionado con los tiempos de espera, listas de espera, rechazos de ingresos.
3. **Privacidad y Confidencialidad:** Se refiere al control de la distribución y difusión de la información y datos personales a los que se accede en el marco del proceso de atención. Implica el respeto a los derechos del usuario. Tanto la privacidad como la confidencialidad son parte de la “competencia profesional” ya que están vinculadas al ejercicio ético de la profesión.
4. **Calidad científico-técnica o competencia profesional:** Hace referencia a la capacidad de los integrantes del Equipo de Salud de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos, habilidades, destrezas y juicio para abordar los problemas de salud y brindar satisfacción al usuario. Entre otros considera la calidad del diagnóstico, del tratamiento, del control y seguimiento, como también la calidad de las relaciones interpersonales.

-
5. **Efectividad:** Es la medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud del que la recibe, en condiciones normales del uso de la tecnología, es decir, lograr los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.
 6. **Eficacia:** Es la medida en que una determinada atención mejora el estado de salud del que la recibe en condiciones ideales de uso de tecnología, se requiere, sin duda alguna, contar con los mejores recursos disponibles, tanto en términos de Recursos Humanos, Tecnología, Insumos, Materiales, Infraestructura, entre otros.
 7. **Eficiencia:** Se refiere a otorgar el mayor beneficio posible, al menor costo razonable. Vincula calidad y costo y plantea saber calcular costos reales y estar conscientes de que si los costos se disminuyen bajo cierto límite, ello puede terminar alterando la calidad del servicio.
 8. **Continuidad:** La continuidad es la atención del usuario(a) como un todo en un sistema integrado, es decir, que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas e instituciones. Implica el concepto de RED, considerando:
 - Atención permanente, sin interrupciones, en un mismo nivel del sistema.
 - Atención, sin interrupciones, entre distintos niveles de atención del sistema
 - Atención al usuario, sin interrupciones dentro del sistema, a lo largo de su Ciclo Vital
 - Continuidad dada por la calidad de la información que se registra
 - Coordinación intra e intersectorial
 9. **Equidad:** Es la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. Que todos tengan oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud, es decir, que nadie esté desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse
 10. **Satisfacción:** Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello
 11. **Seguridad:** Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios, tanto para el usuario como para el prestador del servicio

-
12. **Comodidades Amenidades o Confort:** Esta dimensión incluye todas las condiciones ambientales en que un servicio se otorga. Considera salas de espera, boxes de atención, salas grupales bien habilitadas, confortables, ventiladas, iluminadas, que respeten la privacidad de la atención cuando corresponda, con condiciones de calefacción apropiadas, manejo de la contaminación acústica, mantenimiento y aseo.

Estas dimensiones entregan un marco específico, que requieren operativizarse a través de procesos clínicos y administrativos, que deben ser evaluados y monitoreados en forma continua, lo que se traduce en un ciclo, a través del cual, identificamos áreas de mejora, planeamos cómo realizar dichas mejoras, las 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 a nuestros usuarios

Se entiende la evaluación, como un proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de los programas de tratamiento, mide en relación a resultados esperados, como también, permite comparar con estándares específicos, con el fin de modificar, afinar, mejorar y/o formular nuevos planes o iniciativas.

Algunos elementos esenciales que considerar para el proceso de evaluación, en el ámbito de la calidad de los programas de tratamiento son:

- ***“Los criterios de calidad, definidos como elementos pre-determinados, con los que se puede, medir y comparar, aspectos importantes de la calidad de la gestión y de la calidad de los servicios.***
- ***Los estándares de calidad son definidos como el grado de cumplimiento del criterio que se exige el equipo y que se expresan siempre en %.***

La interrelación de estos elementos se produce porque su construcción se basa en tres pilares esenciales:

1. La evidencia actualizada y la literatura Especializada.
2. Las Normas, Protocolos, Manuales de Procedimientos y otros documentos regulatorios vigentes.

3. La Experiencia de profesionales expertos!

La literatura contemporánea de tratamientos de salud mental y de los problemas asociados al uso de sustancias ha recomendado en forma creciente el monitoreo rutinario de los resultados del tratamiento (Costello et al., 2016; Fortney et al., 2015; Lambert, 2013; Lambert y Shimokawa, 2011; Lambert et al., 2003; Lennox et al., 2013; Mardsen et al., 2008; Scott y Lewis, 2015).

El monitoreo continuo de los resultados del tratamiento tiene diversos beneficios, tanto al nivel de los cuidados brindados a los consultantes como de los programas de tratamiento (Carlier y van Eeden, 2017; Costello et al., 2016):

- a) A nivel de los cuidados brindados a las personas usuarias, permite:
 - Pesquisar en forma temprana a las personas en riesgo de abandono;
 - Suministrar información a los clínicos para la toma de decisiones en el tratamiento;
 - Involucrar a las personas usuarias en la toma de decisiones acerca de su tratamiento;
 - Una mejor comunicación del o los clínicos con las personas usuarias, y fomentar la alianza terapéutica;
 - Fomentar la adherencia de la persona al tratamiento;
 - Fomentar el retorno de la persona al tratamiento si se identifica esa necesidad en el seguimiento.
- b) Respecto a los programas de tratamiento, posibilita:
 - Evaluar la efectividad del tratamiento brindado por el programa;
 - Monitorear las iniciativas para el mejoramiento de la calidad del programa;
 - Aportar información para la investigación del tipo e intensidad del tratamiento que es efectivo para diversas poblaciones;
 - Realizar el seguimiento post-tratamiento de los resultados al egreso del tratamiento.

Entre los requisitos de un sistema de monitoreo continuo de los resultados del tratamiento, pueden mencionarse inicialmente los siguientes, si se busca que dicho sistema sea mantenido en el tiempo. (Costello et al., 2016; Miller et al., 2003; Rush et al., 2016):

- a) Debe ser un sistema de fácil aplicación (que consuma poco tiempo, especialmente si se realizan mediciones repetidas en el tiempo durante el transcurso del tratamiento, y en el seguimiento post-egreso); y
- b) Debe ser de bajo costo (financiero y recursos humanos).

McLellan et al. (2005) describen los siguientes dominios de resultados que han sido tradicionalmente medidos:

1. Reducción del uso de drogas. Esta es la meta primaria en todos los tratamientos para el abuso de sustancias, ya que la mejoría en esta área puede posibilitar la mejoría en otras dimensiones de la vida de la persona.
2. Mejoría de la salud personal; la recuperación de la salud física y mental son indicadores importantes de la calidad de vida del consultante, y están asociados con la reducción en el uso no apropiado de los sistemas de atención en salud.
3. Mejoría en el funcionamiento social: empleo, familia y relaciones interpersonales; la mejoría en esta dimensión es importante para la sociedad, y está relacionada con la prevención de recaídas.
4. Reducción en el riesgo de amenazas a la seguridad y a la salud pública: comisión de delitos contra la propiedad y/o las personas, y transmisión de enfermedades infecciosas.

En los países anglosajones se han desarrollado diversos sistemas e instrumentos para medir los resultados en esas dimensiones; tales como:

-
- Índice de la severidad de la adicción (ASI 6): Es un Instrumento para población adulta, que mide el uso de drogas, el uso de alcohol, la salud física y mental, el empleo, la situación social/familiar, la situación psicológica, y la situación legal/criminal (Escuela de Salud Pública, 2008; Bobes et al., 2007).
 - Índice de la severidad de la adicción en adolescentes (T-ASI): Instrumento para población adolescente, que mide el uso de sustancias, relaciones familiares, relaciones sociales / pares, situación escolar, síntomas psiquiátricos, empleo/soporte económico (Bobes et al., 2007).
 - Modelo de tratamiento TCU (Universidad Cristiana de Texas): En este modelo de tratamiento (Simpson, 2004) se desarrolló una escala de auto-aplicación para ser administrada al ingreso al tratamiento (CESI) que mide la motivación para el cambio de comportamiento, el funcionamiento psicológico y el funcionamiento social; junto a esta escala pueden administrarse otras escalas de auto-aplicación (trauma, salud física, conductas de riesgo de enfermedades infecciosas). Para el monitoreo de resultados en el transcurso del tratamiento se agregan al CESI escalas que miden el compromiso con el tratamiento (satisfacción con el tratamiento, vínculo con el consejero a cargo del caso, participación en el tratamiento, apoyo de pares y apoyo social), las que en conjunto conforman la CEST.
 - Perfil de la adicción de Maudsley (MAP): Es un instrumento breve cuya administración toma alrededor de 12 minutos, que mide el uso de sustancias, conductas de riesgo para la salud, salud física y psicológica, y el funcionamiento personal y social (Marsden et al., 1998a, 1998b; Torres y Fernández, 2004).
 - Perfil de resultados del tratamiento (TOP): Al igual que el MAP, fue desarrollado en Inglaterra; es un instrumento breve, cuya administración toma algunos minutos, y está diseñado para construir una línea base y medir resultados en el transcurso del tratamiento. Mide el uso de sustancias, la salud física y psicológica, la comisión de delitos y el funcionamiento social (Marsden et al., 2008).

En nuestro país, se adaptó y validó el TOP (Castillo-Carniglia et al., 2015), de personas de 16 y más años herramienta que está siendo usada actualmente en el Programa de Tratamiento de Población general Adulta y Específica Mujeres. (Rush et al., 2016; SENDA, 2016) de forma voluntaria.

A partir del año 2021 esta herramienta deberá ser utilizada en forma obligatoria por todos los centros de tratamiento en convenio con SENDA que otorgan tratamiento para población general adulta y específico de mujeres.

El TOP se administra al ingreso a tratamiento para registrar una línea base del comportamiento del usuario durante el mes previo a la aplicación del instrumento, posteriormente se administra cada 3 meses para capturar cambios conductuales, al momento del egreso o alta del tratamiento, y puede ser usado en mediciones de resultados post-egreso (seguimiento).

ANEXO 6

SATISFACCION USUARIA OPOC

La tendencia contemporánea sitúa a las personas usuarias como informantes/“evaluadores” de los servicios brindados por los programas de tratamiento; lo que se ha denominado “satisfacción usuaria”

El interés por evaluar la satisfacción de las personas usuarias con los servicios de tratamiento de salud mental surgió a mediados de la década de los años 1970; y según Lebow (1982) tuvo relación con diversos factores:

- el movimiento de una sociedad orientada hacia las personas usuarias (consumidores);
- el financiamiento estatal de los servicios de tratamiento, y pago de los servicios a través de compañías de seguros de salud; y

-
- el aumento de la heterogeneidad de las personas usuarias (nivel socioeconómico, origen cultural, etc.)

La medición de la satisfacción de la persona usuaria con el tratamiento recibido, es una dimensión de la Calidad del servicio de tratamiento. Si bien es cierto, la satisfacción con el tratamiento es una retroalimentación valiosa para el programa o el sistema de tratamiento acerca del grado en el cual las actividades del tratamiento han respondido a las expectativas de la persona usuaria, la medición de la misma cuando arroja puntuaciones elevadas es difícil de interpretar, porque no necesariamente indica la recepción de servicios que son brindados de acuerdo a los estándares de calidad actuales

De todos modos medir la satisfacción usuaria es una buena práctica recomendable y necesaria, En nuestro país, se viene utilizando. el instrumento **OPOC (*Ontario Perception of Care Tool for Mental Health and Addictions*; Cuestionario de Ontario de Percepción de los Cuidados de Salud Mental y Adicciones)**, desarrollado en Canadá entre 2011-2014 (CAMH, 2015; Rush et al., 2013; 2014), y adaptado en Chile por SENDA, **OPOC-CHILE**.

Este cuestionario se compone de 4 sub-escalas:

1. Facilidad de acceso al servicio o programa
2. Comprensión de los servicios ofrecidos
3. Percepción del equipo de tratamiento y del ambiente
4. Impresiones generales de la calidad

Las sub-escalas son medidas por 32 ítems en la versión para ser administrada en los programas ambulatorios, y 38 ítems en la versión para ser aplicada en los programas residenciales. El tiempo promedio para responder al cuestionario es de 10-20 minutos, y puede ser auto o hétero administrado.

Para obtener la colaboración de la persona usuaria, es recomendable que el cuestionario sea respondido en forma voluntaria y anónima. Es importante que la persona usuaria responda a todos los ítems del cuestionario; esto permitirá comparar los resultados en el tiempo (por ejemplo, cohorte de personas usuarias en el programa de tratamiento), o comparar resultados en programas de tratamiento de una organización (consorcio)

Los ítems son respondidos en una escala Likert de 4 puntos (totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo), y la opción N/A, no aplica.

El OPOC fue diseñado para que sea administrado en cualquier punto del tiempo durante el tratamiento o al egreso (CAMH, 2019). El momento de la evaluación está determinado por el objetivo del programa.

La información obtenida puede ser analizada en forma cuantitativa y cualitativa:

- *Cuantitativa:* Consiste en la suma de las puntuaciones en cada ítem respondido en las dimensiones del instrumento. Un puntaje elevado indica una buena percepción de los cuidados recibidos.

El instrumento no posee normas o baremos con los cuales contrastar las puntuaciones obtenidas; pero los programas de tratamiento podrían obtener la tendencia de la valoración de los usuarios en cada dimensión en un período de tiempo dado.

- *Cualitativa.* En cada dimensión evaluada hay una pregunta abierta que solicita comentarios acerca de esa dimensión; y el programa de tratamiento puede realizar un análisis de contenido de las respuestas de las personas usuarias.

Las siguientes son algunas preguntas que pueden guiar el análisis de los resultados, :

- a) *¿Cuál es su impresión general de los datos?*

Preste atención a su primera impresión, el análisis será un proceso posterior.

- b) *¿Lo han sorprendido algunos resultados?*

Si los resultados son en general positivos, que datos atraen su atención. ¿Qué le sorprendió de esos resultados?

- c) *¿Quiénes respondieron el cuestionario?*

Esto es importante, ya que debieran compararse datos de muestras que son similares.

intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño/a sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

La experiencia de la gestación y la maternidad es un aspecto que suele asociarse con una mayor motivación para la búsqueda de tratamiento. No obstante, la representación mental que la mujer tiene acerca de la maternidad, las expectativas que posee sobre sí misma en su rol de madre y las reacciones emocionales ante la perspectiva de la maternidad varía con cada mujer e, incluso, con cada embarazo para la misma mujer. No es infrecuente encontrar sentimientos cruzados de apego, ansiedad y rechazo hacia el neonato, lo que unido al miedo a la estigmatización social, produzca un alejamiento de los servicios sanitarios y sociales más que un acercamiento a los mismos.

En lo que se refiere a los estilos parentales, la adicción en mujeres madres se ha asociado con estilos educativos rígidos, inconsistentes y/o amenazantes, que a mediano o largo plazo pueden producir alteraciones conductuales o afectivas de diverso grado en el niño. Sin embargo, se debe tener presente también que los estilos parentales más rígidos se relacionan

d) *¿Quiénes respondieron en forma diferente (a la tendencia central)?*

Esta es una información muy útil, porque quizá esas personas requieren que se realicen modificaciones para responder a sus necesidades y preferencias.

ANEXO 7 DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE INTEGRACIÓN SOCIAL

fuertemente con niveles socioeconómicos bajos y la falta de responsividad puede estar mediada por la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En ausencia de trastorno adictivo, las madres afectadas de trastornos psicóticos o afectivos parecen poseer menor responsividad emocional hacia el niño y las madres depresivas parecen ser más hostiles e inconsistentes en su relación con éste. Dada que la presencia de patología dual puede llegar a ser muy elevada y que las madres afectadas de trastornos mentales en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

Es fundamental tener presente que la adicción no debe considerarse como parámetro de evaluación de las capacidades parentales de la mujer, ya que la disfuncionalidad en este rol puede estar mediada por diversos factores. Asimismo, la rehabilitación y reinserción social no garantiza la mejora automática de las funciones parentales.

En el tratamiento deben promoverse intervenciones motivacionales, no confrontativas y en contactos sucesivos. Existe acuerdo en que las aproximaciones de tipo confrontativo, rígido y persecutorias, no son constructivas para la madre ni para el niño.

Este mismo autor plantea que las responsabilidades derivadas de la maternidad constituyen a menudo un arma de doble filo: por una parte motivan para la rehabilitación y, por otra, compiten por los recursos de la mujer, en momentos especialmente críticos del proceso terapéutico. En este sentido es fundamental motivar al equipo a estar constantemente considerando la multiplicidad de roles que la mujer desempeña y, entre los cuales, la maternidad juega un papel fundamental. Por otra parte, la evaluación que la mujer hace de sus habilidades y capacidades como madre están mediadas, no sólo por la interacción con su hijo o hija, sino por el momento que atraviesa en su proceso adictivo y los mensajes que recibe del equipo tratante, la sociedad y la red de apoyo.

En el caso donde sea necesario que el hijo quede a resguardo de familiares y se genere un mayor apego a otras personas distintas de la madre, la intervención debe incluir el manejo por parte de la mujer del resentimiento o alejamiento emocional del menor, así como la comprensión de éste, si corresponde, de la problemática presentada por su madre desde una perspectiva apropiada para su nivel evolutivo. En casos extremos sería necesario para la mujer elaborar la comprensión y el duelo de la pérdida del rol de madre.

El vínculo madre-hijo se puede potenciar a través de actividades que permitan a la madre identificar las necesidades de su hijo, sus características como persona, sus intereses y gustos; y apoyar el rol de cuidado materno a través de:

- Entrega de información atingente en la metodología de charlas de expertos o talleres psicoeducativos: dieta saludable, apoyo escolar, inserción en la red de salud, inserción en el sistema educativo, alternativas de manejo conductual, los derechos de los niños, características y necesidades de cada etapa de desarrollo, etc.
- Reforzamiento contingente de conductas asertivas.
- Asunción de responsabilidad sobre el cuidado y desarrollo de sus hijos de manera gradual y con un acompañamiento físico paulatinamente decreciente.

Por otra parte, será fundamental incitar al equipo a validar a la madre y a tener una actitud de apoyo por sobre una de corrección e instrucción. Esto también permitirá generar en la madre la confianza en sí misma para desempeñar su rol materno.

1.6 En relación al trabajo en red

Para realizar un trabajo coordinado y eficiente es necesario establecer los siguientes contactos:

- Equipo de salud del Centro de Atención Primaria más cercano al centro.
- Jardín Infantil de la Junta Nacional de Jardines infantiles, INTEGRA u otro, más cercano al centro.
- Previene de la comuna.
- Centro de derivación o referencia:

Es preciso mantener estrecha relación con el centro que deriva, de tal modo de conocer los datos y antecedentes de la usuaria derivada y contactarse con ella previamente (vía telefónica o visitando el centro que deriva). Esta práctica facilita el establecimiento del vínculo con la nueva institución y posibilita la adherencia al centro que recibe.

ANEXO 8

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN DEL IMPACTO A LARGO PLAZO EN LA SALUD DE LOS EVENTOS Y/O CADENA DE EVENTOS EXPERIMENTADOS EN LAS FASES DE LA VIDA DE LAS PERSONAS, ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS:

2.1 Período prenatal (Jacob et al., 2017; Wang et al., 2018)

El uso de tabaco alcohol y drogas durante la gestación está asociado con dificultades en el parto, parto prematuro, bajo peso al nacer y alteraciones en el desarrollo fetal. Los trastornos del espectro alcohólico fetal han sido ampliamente investigados y corresponden a trastornos asociados a problemas en el desarrollo y de aprendizaje, la consecuencia más adversa de la exposición prenatal al alcohol es el Síndrome alcohólico fetal (SAF), síndrome que puede incluir discapacidades físicas, mentales, conductuales y/o de aprendizaje, con potenciales implicaciones a lo largo de la vida

2.2 Infancia (Boyce y Kertzman, 2018; Jacob et al., 2017; MINSAL, 2018)

Se ha indicado que el “estrés tóxico” en la infancia temprana (estrés crónico o extremo que ocurre en la ausencia de un cuidador afectivo y de apoyo) puede impactar negativamente la arquitectura del desarrollo del cerebro, con implicaciones en la cognición, en la regulación emocional y en el comportamiento social en la adolescencia (Johnson y Blum, 2012). Los estresores tóxicos tempranos como el abuso físico y emocional, negligencia parental, uso de sustancias en los padres/cuidadores, exposición a la violencia en el hogar, cuidadores que presentan enfermedades mentales o intentos suicidas, representarían factores de riesgo para el desarrollo adolescente, pudiendo manifestarse en el consumo problemático de drogas o aumentando el riesgo de autoagresión y la conducta suicida (Felitti et al., 1998). En las adolescentes, la experiencia de abuso sexual está muy relacionada con la exposición a otras fuentes de estrés, y se lo ha vinculado a una edad más temprana en el inicio de las relaciones sexuales y embarazo no deseado

2.3 Adolescencia (MINSAL, 2018; Salas-Wright et al., 2016; Steinberg, 2015)

Steinberg (2015) sugiere que mientras los cambios biológicos (pubertad, por ejemplo) marcan el inicio de la adolescencia, el término de la adolescencia es más bien un reflejo de indicadores dados por la cultura (edad legal para votar o usar alcohol, vivir en forma independiente, auto-sustento económico, formar pareja o tener hijos/as). La duración y las experiencias cotidianas de la adolescencia varían mucho entre las culturas.

Arnett (2014), ha observado que en las sociedades post industriales (como Estados Unidos), los jóvenes actuales retrasan la edad de la formación de pareja, estudian durante más años, y se inician más tarde en un trabajo profesional, debido a lo cual ya no puede afirmarse que la transición de la adolescencia a la adultez ocurre entre los 18 y los 20 años.

La adolescencia es un período de desarrollo neurobiológico, psicológico y social pronunciado a la vez que es una fase muy vulnerable del curso de vida en la cual existe el riesgo de adquirir hábitos no saludables que tienen consecuencias negativas para la salud en las etapas posteriores de la vida (uso de tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, mala nutrición y actividad sexual sin protección) (MINSAL, 2018). Es más probable que los adolescentes rompan las reglas y violen las normas sociales de comportamiento (Arnett, 2014). Arnett indica que en la infancia el comportamiento es restringido por el control de los padres, en la adultez está restringido por las obligaciones y expectativas como cónyuge, padre y empleado/empleador; mientras que durante la adolescencia y la adultez emergente el control social es más relajado pudiendo presentar como consecuencia el comportamiento riesgoso.

Desde la perspectiva de la neurobiología, la tendencia de los adolescentes a incurrir en comportamientos de riesgo puede explicarse por los procesos de maduración del cerebro. A través de la infancia y la adolescencia, las áreas corticales del cerebro continúan engrosándose a medida que proliferan las conexiones neuronales.

Los procesos emocionales y cognitivos asociados al desarrollo cerebral de la persona adolescente, dan como resultado lo que se denomina “madurez emocional”, es decir, la habilidad para regular e interpretar las emociones. Este proceso de integración continúa desarrollándose hasta la adultez. La brecha temporal entre el desarrollo del sistema socio-emocional del cerebro (cuyo desarrollo temprano surge en la pubertad) y el sistema de control cognitivo del cerebro (que se extiende hasta la adolescencia tardía), subyace a los comportamientos de riesgo de las personas adolescentes.

Entre los diversos cambios de comportamiento observados en los adolescentes, los cambios más comúnmente observados en las culturas son un aumento en la búsqueda de sensaciones nuevas, aumento de comportamientos de riesgo, y un cambio en la afiliación social hacia interacciones basadas en la interacción con los pares; esta tríada de comportamientos no sólo se observa en los seres humanos, sino que en casi todos los mamíferos sociales. Aunque estos comportamientos pueden exponer a los adolescentes al peligro, otorgan una ventaja evolutiva al fomentar la separación de la comodidad y la seguridad de la familia natal, y estimular el desarrollo y la adquisición de habilidades de supervivencia independiente. Es necesario tener en consideración que es imposible aislar el desarrollo del cerebro de los adolescentes de otros sistemas biológicos y contextos sociales que configuran su desarrollo.

La adolescencia debe ser también valorada como una etapa de tremendo potencial y oportunidad. Vínculos favorables, de cuidado y respeto, potencian el desarrollo de un concepto positivo de sí mismo, de la autoestima y el ejercicio y fortalecimiento de la autonomía, el desarrollo de hábitos saludables y de autocuidado, así como del reconocimiento y valoración del otro.

La adolescencia representa una fase en el curso de vida en la cual convergen un conjunto de cambios neurobiológicos, cognitivos, emocionales y sociales que la convierten en un período de elevada vulnerabilidad y susceptibilidad para el desarrollo de trastorno por el uso de sustancias. Los estudios en los países industrializados han mostrado que las adolescentes exhiben un mayor uso de sustancias que los adolescentes en la adolescencia temprana, mientras que en el transcurso de la adolescencia los varones exhiben un uso elevado de sustancias en la adolescencia media y a través de la adultez joven; se ha observado que el punto máximo ocurre entre las edades de 18 y 20 años (Milin y Walker, 2015).

La investigación ha evidenciado que mientras más temprano es el inicio en el uso de drogas, es más probable el uso abusivo y una progresión rápida hacia el desarrollo de dependencia, especialmente en el uso de cannabis y alcohol

2.4 Adultez

Tradicionalmente, desde el punto de vista de la edad, se ha ubicado a esta fase de la vida entre los 18 y los 64 años; distinguiéndose dos fases: adultez joven (18–35 años) y adultez media (35–64 años). Sin embargo, esos límites de edad son imprecisos y están influidos por factores culturales. Desde una perspectiva biológica, la adultez joven se define por la capacidad reproductiva, y la transición a la adultez media (“mitad de la vida”) y está demarcada por la menopausia en la mujer y la andropausia en los hombres.

Esta fase de la vida es el período del curso de vida en el cual las personas mayoritariamente forman familia, se reproducen, forman lazos afectivos y contribuyen a la economía de la nación (MINSAL, 2018). Las personas que ingresan a la adultez enfrentan los riesgos para su salud que han adquirido durante la vida fetal, la infancia y la adolescencia y las desigualdades económicas y sociales propician un mayor deterioro en la condición de la salud de los adultos (Jacob et al., 2017; MINSAL, 2018).

En esta etapa de la vida, las personas enfrentan riesgos elevados para enfermedades físicas y trastornos de salud mental. Comportamientos no saludables (como fumar, el uso abusivo de alcohol, hábitos alimenticios [sobrepeso, obesidad], sedentarismo) contribuyen al desarrollo de cánceres, ataque cardíaco, enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes tipo 2.

La práctica de ejercicio físico tiene beneficios en la salud física y mental de los adultos; mientras que la falta de ejercicio contribuye a la disminución de la fuerza muscular y del vigor del sistema cardiovascular. Los adultos que practican una actividad física intensiva tienen una menor probabilidad de experimentar diversas enfermedades y se retrasa el inicio de la discapacidad funcional.

Respecto al uso de sustancias, en Chile la mayor tasa de uso de drogas ilícitas se observa en la adultez joven (19 a 35 años), y es más prevalente en los hombres que en las mujeres; el uso de alcohol persiste más allá de los 35 años, siendo significativamente más prevalente en los hombres que en las mujeres (SENDA, 2017). El uso abusivo de esas sustancias conlleva el riesgo de desarrollar dependencia, trastorno de la salud mental que impacta negativamente la salud y el funcionamiento social de las personas.

La desventaja económica y la pobreza afectan negativamente la salud de las personas adultas; estudios realizados en Estados Unidos ha mostrado que en ese país, los niños y los adultos jóvenes tienen un riesgo mayor de experimentar pobreza, el cual declina entre los 40 y los 50

años, y aumenta cuando los adultos jubilan (Rank, 2009). Se ha dado atención en los estudios a la pobreza inter-generacional y a los efectos a largo plazo en la salud de las personas que viven en situación de pobreza. Desde el punto de vista inter-generacional, las clases sociales tienen a reproducirse a sí mismas; las diferencias económicas de los padres dan como resultado diferencias significativas en los recursos y en las oportunidades disponibles para los niños; esas diferencias pueden afectar la adquisición de habilidades y educación, las cuales a su vez afectan el estatus económico

Respecto de la salud mental, en esta fase de la vida se ha visto que esta influida por factores históricos y contextuales: cambios en las circunstancias económicas, roles sociales, integración social, redes sociales y aspiraciones sociales. Las tendencias sociales generales como la economía globalizada y factores históricos como las guerras, las depresiones económicas, los desastres naturales y los ataques terroristas, también afectan a la salud mental de las personas adultas.

Acerca de la mayor prevalencia de depresión en las mujeres que en los hombres, Horwitz (2009) sugiere que las mujeres están expuestas a un mayor tipo de experiencias estresantes, incluyendo la sobrecarga de exigencias del cuidado de la familia y responsabilidades laborales (cuando trabaja fuera de la casa). Se ha advertido que las circunstancias socioeconómicas tienen una relación consistente con la depresión en las personas adultas: bajos ingresos económicos, vivir en ambientes de riesgo social e inseguridad, desempleo y un bajo nivel educacional

Otro factor que impacta negativamente la salud mental y física de las mujeres adultas es la mayor probabilidad de ser **agredidas por su pareja**; se han descrito las siguientes consecuencias en la salud mental de las mujeres que son agredidas por la pareja: depresión y ansiedad; fobias y trastorno de pánico; trastornos de los hábitos alimentarios y del sueño; TEPT; abuso de alcohol y otras drogas; comportamiento suicida y autolesiones (OMS, 2003; Center for Substance Abuse Treatment, 2012).

2.5 Adultez mayor

El estudio del ciclo de vida en la adultez mayor ha adquirido relevancia en los últimos años debido al aumento de la esperanza de vida de las personas. En Chile se espera que para el

año 2025 vivan más personas mayores de 60 años que menores de 15 años (MINSAL. 2018), lo cual implicará diversos desafíos a la nación para responder a las necesidades de salud y necesidades sociales de la población.

EL uso y **abuso de sustancias**, principalmente el **alcohol** (la sustancia más usada en esta fase de la vida).es un factor de afecta negativamente el curso de vida en la adultez mayor En Chile, en el estudio de Vicente et al. (2006), el 7,4% de los adultos mayores (65 años y más) reportó trastorno por abuso de sustancias en los últimos 12 meses; y el 10% reportó ese trastorno alguna vez en la vida. En el reporte del convenio SENDA-MINSAL (2018) de las personas tratadas por problemas relacionados con el abuso de sustancias, el 4% de las personas usuarias tenía 60 o más años.

Se ha asociado al abuso de alcohol en las personas mayores con diversos estresores (Kyomeny Liptzin, 2011):

- Jubilación
- Viudez
- Fallecimiento de amigos cercanos y parientes
- Enfermedades médicas y situación de discapacidad en el individuo y en sus pares
- Pérdida percibida de roles o funciones significativas

Las personas mayores tienen un mayor riesgo y son más vulnerables a los efectos tóxicos del alcohol debido a dos razones principales

1.-Los adultos mayores tienen descendida la masa muscular, una gran proporción de grasa, y un almacenamiento menor de agua. Esto da como resultado un mayor nivel de alcohol en la sangre que los adultos jóvenes, para el mismo monto de alcohol ingerido; y por lo tanto, la persona adulta mayor alcanza niveles de riesgo de alcohol después de haber bebido relativamente menos que los adultos jóvenes.

2.-Presentan una disminución general en la capacidad para resistir el estrés y mantener la homeostasis; y tienen un riesgo mayor de enfermedades médicas y de discapacidad que reduce la adaptación a los efectos nocivos del alcohol, y que magnifica las consecuencias del abuso

- El alcohol puede afectar la eliminación de algunas drogas, y añadir toxicidad a otras; y por lo tanto interferir con los tratamientos farmacológicos y experimentar consecuencias adversas.
- El efecto depresor del alcohol puede remedar o contribuir a la depresión del adulto mayor.
- El alcohol puede contribuir a la malnutrición, debido a diversos factores.
- Contribuye a los accidentes y heridas que pueden producir fracturas o hematomas subdurales.
- El uso crónico y excesivo de alcohol está asociado con una mayor mortalidad.