SENDA
Ministerio del Interior y Seguridad Pública

Gobierno de Chile

MANUAL USUARIO

Sistema de Información y Gestión de Tratamiento SISTRAT

Documento de Trabajo – Uso Interno Institucional

División de Programática
Área Tratamiento e Intervención

abril 2022

#eligevivir
SIN DROGAS

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN 2

2. OBJETIVO 2

3. DESTINATARIOS DEL MANUAL: LOCAL- NACIONAL-REGIONAL 3

DIAGRAMA DE CONTEXTO DEL SISTEMA 4

DESCRIPCIÓN: DIAGRAMA DE FLUJO MACRO - PROCESO SISTRAT 7

I. **PERFIL CENTRO** 9

PRODEDIMIENTO: 9
Ingreso al Sistema SISTRAT 9

A. SECCIÓN USUARIOS 10

USUARIOS HISTÓRICOS: 10
DEFINICIÓN VARIABLES USUARIOS ACTIVOS 11
USUARIO ACTIVO 11
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN 11
FONASA 11
DETALLE DE USUARIO 11

I. **FICHA INGRESO** 12

IDENTIFICACION DE USUARIO 14
PATRÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO 21
DIANÓSTICO CLÍNICO 23
TRATAMIENTO / CONVENIO 25
DIAGNÓSTICO DE INTEGRACIÓN SOCIAL 26

II. **FICHA MENSUAL** 34

III. **FICHA DE EGRESO** 38

IV. **SISTEMA ALERTAS SISTRAT** 44

DEFINICIÓN DE LAS ALERTAS 44

B. **SECCIÓN DEMANDAS ACTIVAS** 49

FICHA DEMANDA 49

OBJETIVO GENERAL 49

VARIABLES A INGRESAR 51

V. **FICHA TOP** 60

COMPLETAR FICHA TOP 60

A. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA 60
B. SECCIÓN 1: USO DE SUSTANCIAS 61
C. SECCIÓN 2: TRANSGRESIÓN A LA NORMA SOCIAL 65
D. SECCIÓN 3: SALUD Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL 69

VI. **FICHA DE SEGUIMIENTO** 77

C. **SECCIÓN PREFACTURACIÓN** 79
D. **SECCIÓN REPORTES** 80

1. INTRODUCCIÓN

El presente manual ha sido desarrollado para el uso del Sistema de gestión de Tratamiento por el Área de Tratamiento e intervención

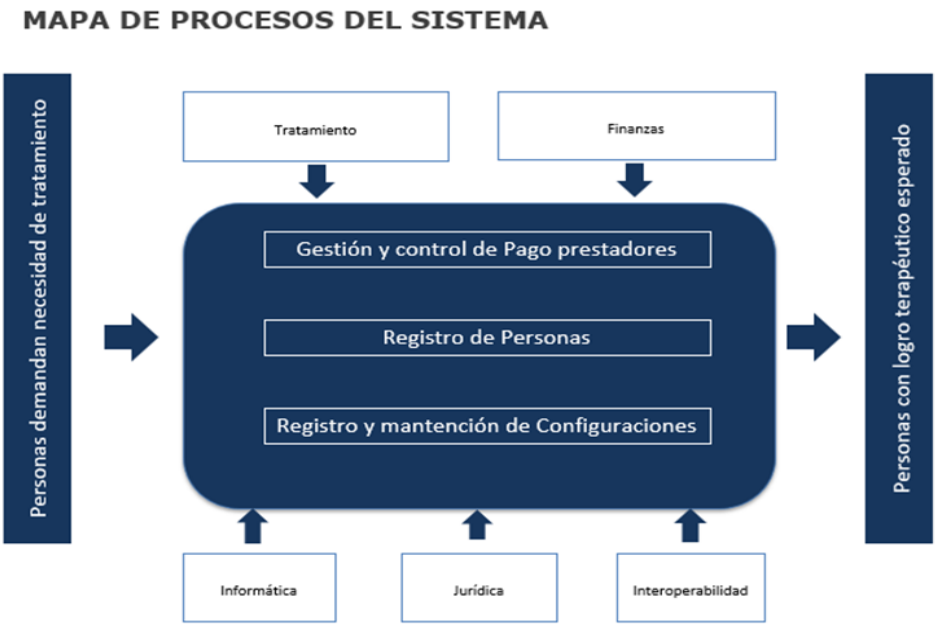
La nueva versión del sistema integra un gran avance y mejoras, con lo que se espera agilizar los tiempos que se requieren para el registro de información.

Desde SENDA, siempre surge la necesidad de tener información oportuna, íntegra, exacta, amigable y en general con todos los atributos que hoy las tecnologías de la información cuentan, como la administración de los datos y los procesos de estos, que lo convierten en información para analizar, tomar decisiones, gestionar, entre otros., y todas las variables que estén definidas para que esté en un contexto, tenga un propósito y una relevancia significativa hace necesario que hoy los sistemas estén complementados con la tecnología vigente.

Como es de conocimiento el software se identificará con la sigla SISTRAT (Sistema de gestión de Tratamiento), que contiene la información de los registros de usuarios, prestaciones, reportes y procesos de facturación, la principal función es la de facilitar el registro de los datos y la obtención de información tanto para los centros prestadores como para los distintas partes que están en convenio.

2. OBJETIVO

Su principal objetivo es obtener información periódica, homogénea, confiable y sistematizada sobre las características, procesos y resultados de tratamiento de las personas atendidas en los centros de tratamiento, asimismo entregar la importancia que se debe al sistema que lleva el giro de la institución, a nivel terapéutico y como administrador de recursos públicos.

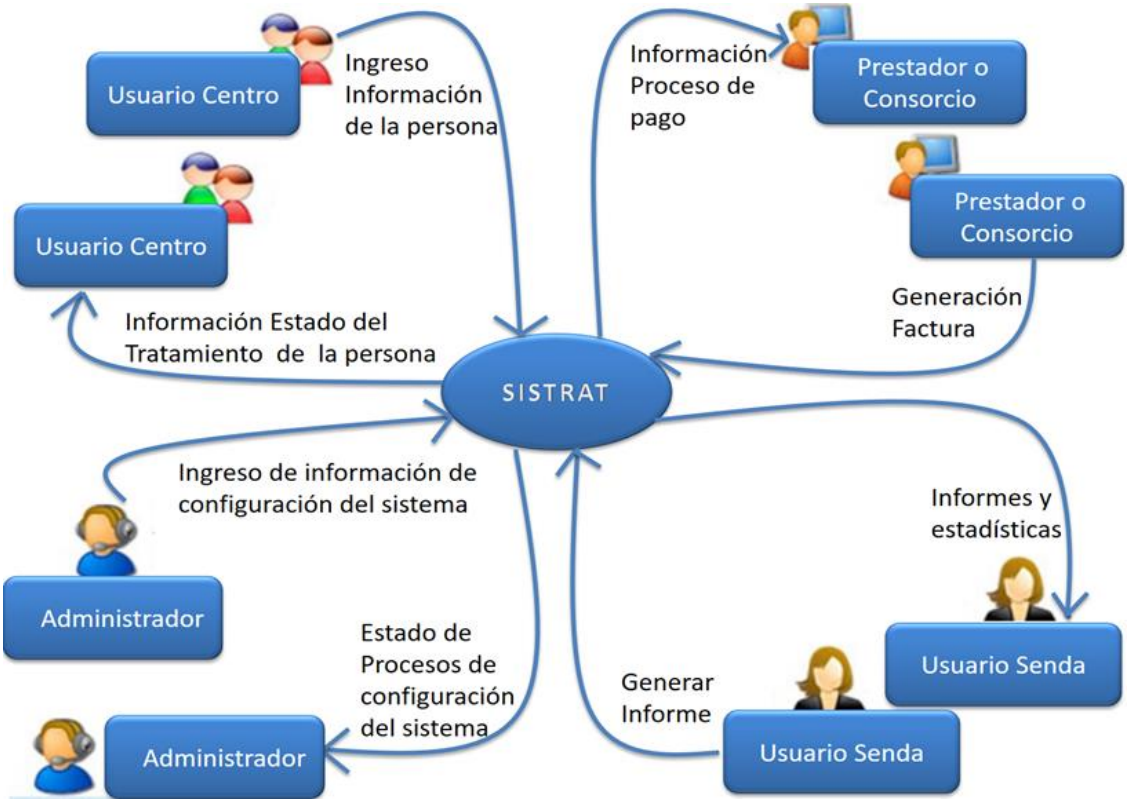


3. DESTINATARIOS DEL MANUAL: LOCAL- NACIONAL-REGIONAL

Operatoria: Tipos de Usuarios del sistema

- Para los prestadores (perfil usuario): Permite el registro en tiempo real de usuarios desde que demandan atención hasta que ingresan a un centro de tratamiento financiado por Senda y luego monitorear su proceso terapéutico.
- Para responsables Técnicos o Administrativos (perfil consorcio, supervisor): Permite monitorear procesos y estado de desarrollo de los programas y anticipar dificultades.
- A nivel regional y nacional, permite el monitoreo, habilitación para pago y facturación.

I. DIAGRAMA DE CONTEXTO DEL SISTEMA



4. **Atribuciones en uso del sistema:** referido a perfil de usuario asociado

- Usuario administrador
- Usuario modo consulta
- Usuario ingresa datos
- Usuario valida datos

5. **Características del sistema**

- Sistema en línea
- Datos Exportables
- Seguridad (Ej.: caducidad de la sesión en tiempo de no uso)
- El sistema se encuentra definido y validado como un mecanismo de gestión para el traspaso de información dentro de la institución.
- Definición de los parámetros de llenado
- Seguridad de la información (pública-privada)

6. **Fines del SISTRAT**
   Referido a lo que hago con el sistema

   - Ingreso de datos
   - Entrega de directrices de utilización a usuarios frecuentes
   - Generación de reportes
   - Análisis de datos
   - Exportación de bases de datos para análisis de terceros
   - Seguimiento y monitoreo de información actualizada por terceros, relacionada con el cumplimiento de metas y objetivos predefinidos

7. **Fines Técnicos: Epidemiológicos – Clínicos**

   - **Epidemiológicos:** Permitir el rastreo longitudinal de grupos de usuarios en el sistema de atención de tratamiento, comprender mejor el problema, su alcance, características y tendencias del uso problemático de drogas.
   - **Clínicos:** Seguimiento de caso-Asesoría técnica
   - **Gestión Técnica:**
     - Conocer las características de utilización de los servicios.
     - Conocer los resultados de los servicios de tratamiento
     - Gestión de Listas y Tiempos de Espera Evaluar el rendimiento de dichos servicios
     - Hacer comparaciones entre tipos análogos de servicio y observar las variaciones
     - del rendimiento del servicio a lo largo del tiempo.
   - **Gestión Administrativa/Financiera**

   Esta gestión corresponde a los funcionarios de Administración y Finanzas con el perfil Administrador en SISTRAT, permitiendo registrar las resoluciones con la información necesaria para permitir la visualización de la prefacturación de manera correcta. Para este fin, el módulo permite ingresar y editar resoluciones, además de facilitar la asignación de planes por cada centro asociado a una determinada resolución.

8. **Funcionamiento de la aplicación**

   Este manual pretende introducir al usuario en aspectos relacionados con el funcionamiento operativo de la aplicación. Se procederá a describir algunos procesos del Sistema, cuyo conocimiento pretende facilitar el entendimiento del modo de operar la aplicación y, por tanto, de acelerar el proceso de aprendizaje.

9. Para mostrar de forma sencilla el modo de funcionamiento de la aplicación, se ha optado por incluir en el presente Manual de Usuario la mayor parte de las pantallas que se incorporan en la aplicación, se ofrecen unas figuras que son réplicas de las pantallas. En éstas se han incorporado aquellos comentarios más relevantes para comprender el modo de funcionamiento de cada una de las herramientas que se incluyen dentro de la aplicación SISTRAT

10. Procesos Principales del sistema

- Proceso de configuración y mantención del sistema
- Proceso de resoluciones.
- Procesos de asignación y reasignación.
- Proceso de registro de personas
- Procesos de control y gestión de pagos
- Procesos de interoperabilidad.

11. Quien registra, cómo y cuándo

Se pudo determinar a través de esta validación, 3 formas de registro de información.

- El registro es realizado en el sistema por un miembro del equipo terapéutico, que en presencia y en conjunto con el resto del equipo, evalúan a los pacientes caso a caso.
- El registro es realizado por un miembro del equipo terapéutico, que es el encargado de compilar los diagnósticos para posteriormente ingresarlos al sistema de manera individual.
- El registro es realizado por un administrativo del centro que es el encargado de compilar la información de los pacientes y realizar el registro de manera individual.

Es fundamental el registro oportuno de la información, ya que el objetivo es contar con una información completa y homogénea de las atenciones otorgadas a las personas beneficiarias del Programa y su diagnóstico clínico.

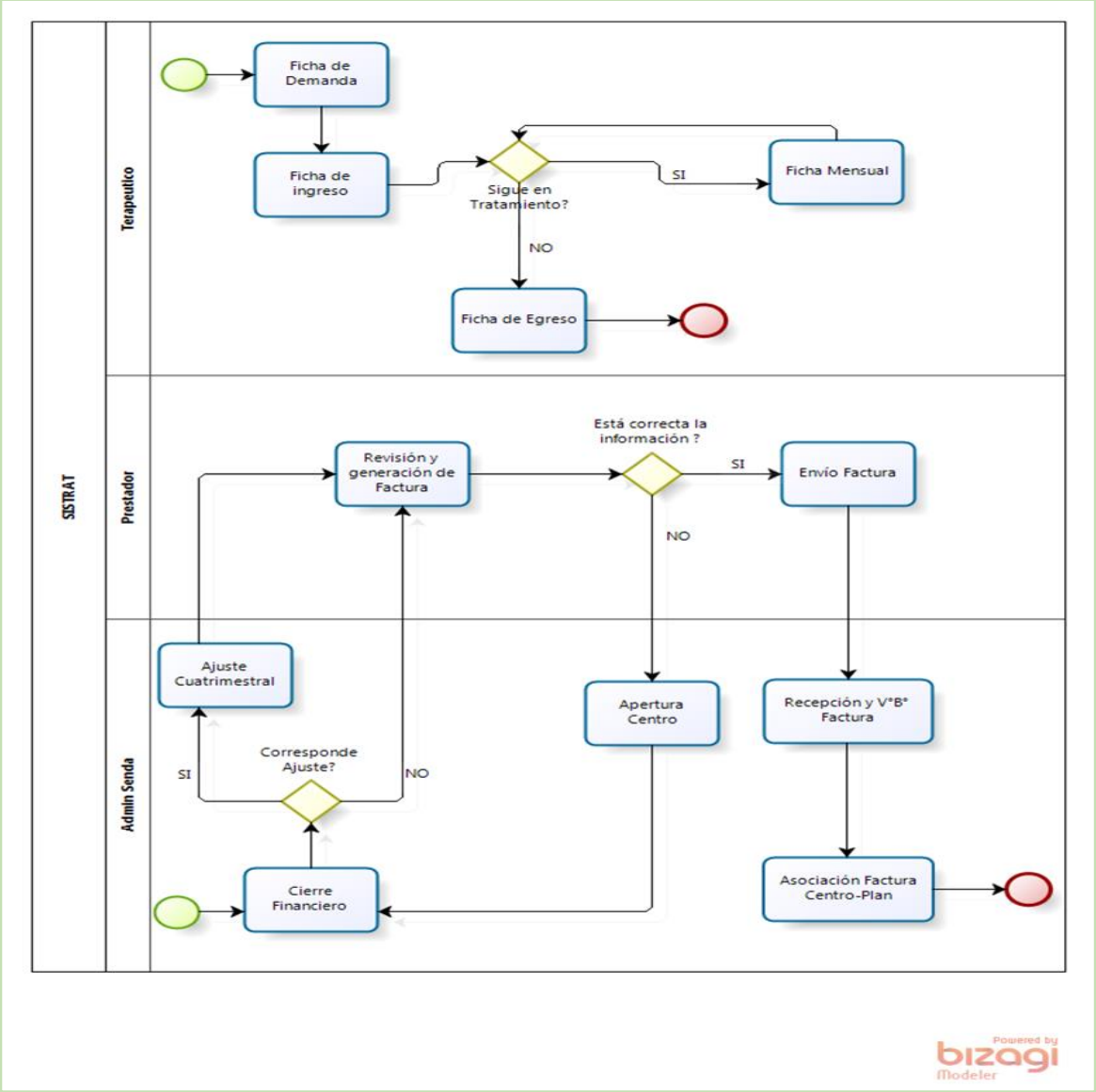
Los datos correspondientes a las fichas mensuales deberán ser ingresados diariamente y hasta el último día del mes en que se otorgue efectivamente la prestación, con un plazo máximo de ingreso hasta el primer día del mes siguiente a aquel en que se ejecutaron las atenciones, día que se considerará de cierre de sistema.

Es relevante mencionar que, las prestaciones correspondientes a los planes de tratamiento ejecutados durante el mes de diciembre, deberán registrarse en el Sistema (SISTRAT), hasta el día 20 de diciembre del año en curso, considerados días de cierre del sistema en ese mese específico.

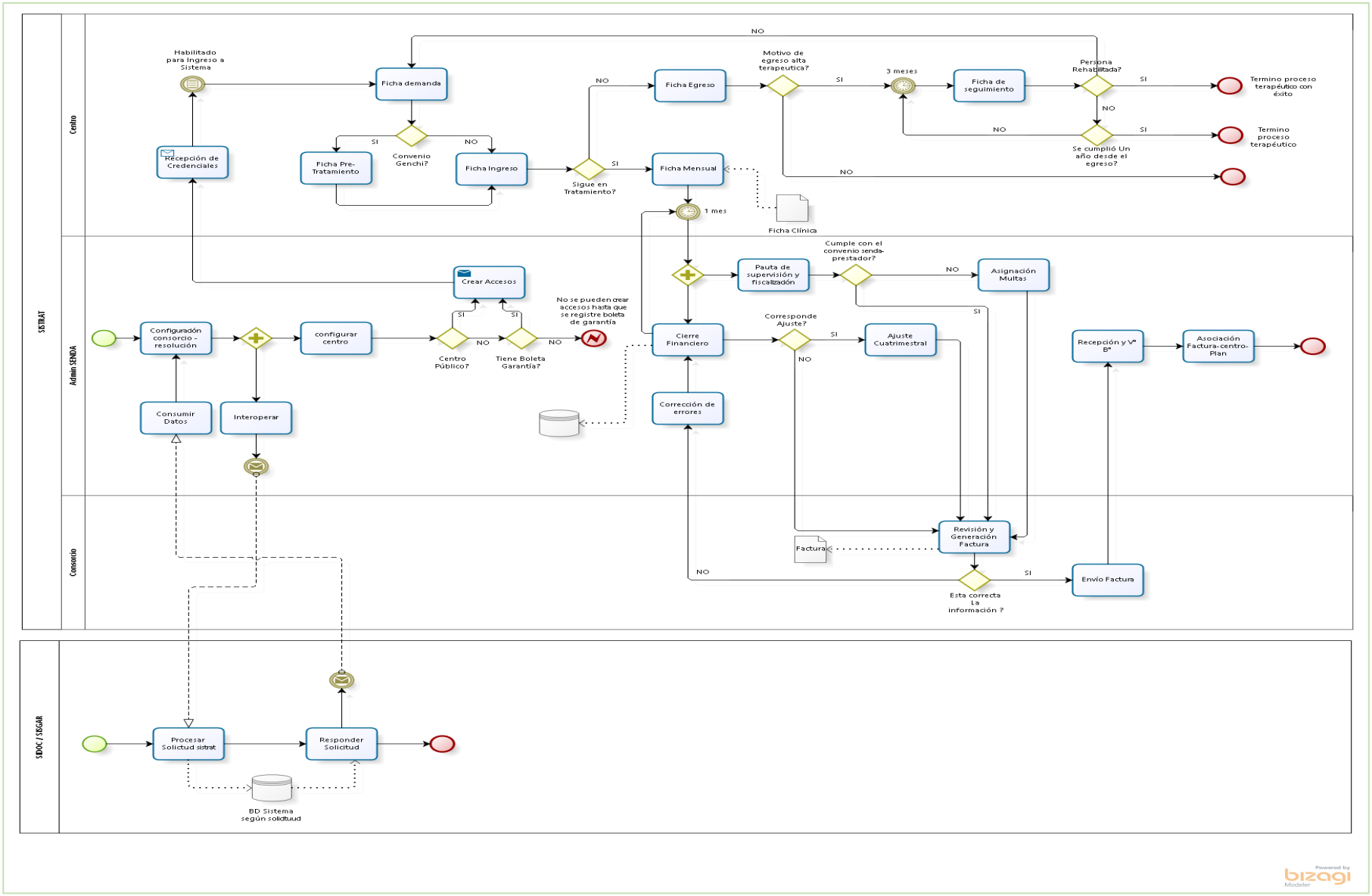
En el evento de cualquier dificultad en el ingreso de la información durante el mes de registro correspondiente, ya sean estos errores del sistema o errores de usuario, se deberá reportar a SENDA Regional vía correo electrónico, hasta el último día hábil antes del cierre del sistema.

A continuación, se da a conocer la representación gráfica del **proceso terapéutico y prestador-administrador**, destacando un primer filtro de carácter terapéutico que se refiere a la concurrencia de un paciente a un centro de tratamiento, un segundo filtro financiero de funciones del prestador relacionado al proceso de facturación y un tercer filtro del administrador del sistema. Asimismo, se representa el **Diagrama flujo Macro - Proceso SISTRAT** acá se reflejan las diversas etapas desde que un usuario ingresa al programa hasta el egreso del mismo.

12. Descripción: Diagrama de proceso terapéutico y prestador-administrador



12. Descripción: Diagrama de flujo Macro - Proceso SISTRAT



I. PERFIL CENTRO

PRODEDIMIENTO:

- **Ingreso al Sistema SISTRAT**

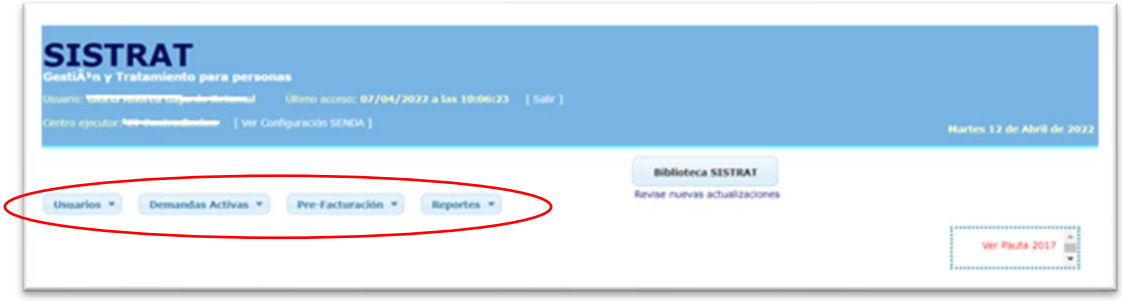
- Para el ingreso al sistema el usuario primero debe identificarse en la plataforma **SISTRAT** accediendo al siguiente enlace, http://sistrat.senda.gob.cl/sistrat/ lo cual lo podrá realizar desde cualquier computador con acceso a internet.
- Incorpore su "**Usuario"** y **"Contraseña"**, seguidamente presione "**Ingresar" (Ver imagen Nº1).**

Figura N°1 "Puerta de entrada al sistema a SISTRAT"

Claves de Acceso: Para cada centro de tratamiento habrá un máximo de 2 claves de acceso a SISTRAT, las cuales deberán ser intransferibles, por lo que el propietario de dicha clave será el responsable de la información registrada en el sistema. Una de las claves será del coordinador y/o director Técnico y la otra será asignada a un miembro del equipo definido para dicha tarea.

Ingresada la clave, se ingresa en el sistema activo y se desplegará el siguiente menú: (Cabe señalar que dependiendo de los perfiles definidos para cada usuario, se visualizarán las opciones a las que tendrá acceso en SISTRAT).
(Ver Imagen Nº 2)

Figura N ° 2 "Pantalla centro"



En la imagen N ° 2 se cuenta con cuatro viñetas:

A. Usuarios
B. Demandas Activas.
C. Pre – Facturación
D. Reportes.

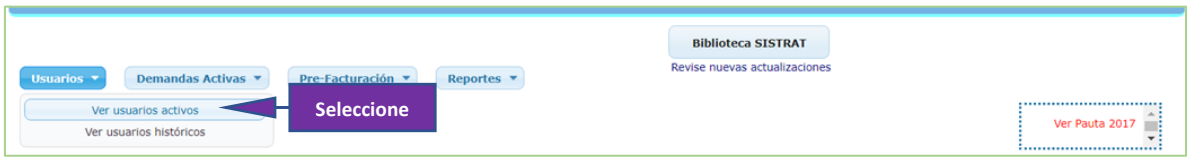
Cada una de estas tiene a su vez su propias funcionalidades y menús que se explicarán por separado cada una de ellas.

A. SECCIÓN USUARIOS

Esta viñeta está referida a todos los usuarios que tiene el centro prestador, vale decir, es una pequeña base de datos que dispone el centro con los usuarios que este ha ingresado al sistema SISTRAT, pudiendo filtrar la información según la necesidad de esta, por tipo de programa, plan, convenio. Al hacer click en la viñeta "Usuarios" se desplegará la siguiente ventana:

Figura N ° 3 "Ver usuarios activos – Ver usuarios históricos"

- **Usuarios Históricos:** estos son todos aquellos usuarios que tuvieron algún registro en el centro y fueron egresados del centro por algunos de los motivos establecidos por el sistema.



Una vez que se han seleccionado los parámetros para ver los usuarios se debe hacer clic en la etiqueta “FILTRAR” desplegando a todos aquellos usuarios.

En la misma figura y más debajo de los parámetros seleccionados podrá ver a los usuarios con una determinada cantidad de atributos:

A. Definición Variables Usuarios Activos

- **Usuario Activo:** Corresponde al nombre del usuario que es ingresado a SISTRAT.
- **Código de Identificación:** Este es un código único que el sistema asigna en forma automática al usuario asociado al RUT de este y la finalidad es que para todos los efectos de informes y análisis de datos se resguarde la privacidad de todos y cada uno de los usuarios. Es importante recordar que el código se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera: Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido.
  Si es hombre se pone el número 1 y si es mujer un 2, Fecha de nacimiento. Ejemplo: Rafael Mendoza Lara nacido el 22 de octubre de 1978 = RAME122101978

- **Fonasa:** Este campo sólo tiene dos opciones “Si” y “No”, por lo tanto, refleja la característica previsional del usuario. Esta condición es validada automáticamente por el sistema SISTRAT.

- **Detalle de usuario:**

- Al posicionarse en este campo y hacer clic se despliega la siguiente ventana.

I. FICHA INGRESO

Cuando un paciente ingresa a algún programa de tratamiento la primera acción es la creación de la ficha de demanda, entonces una vez gestionada la demanda y evaluando la pertinencia del caso para esa modalidad de atención, se realiza el ingreso de tratamiento.

Esta ficha debe aplicarse durante el primer mes de ingreso al programa de tratamiento, de manera que la información que se registre corresponda al estado de situación de la persona al momento de incorporarse al tratamiento.

En aquellos casos en que no fue posible registrar la información durante el primer mes, los datos que se registren deben igualmente hacerse en relación al momento en que ingresó la persona al tratamiento y no al momento en que se recogió la información, es decir de manera retrospectiva.

La ficha de ingreso puede variar dependiendo al tipo de convenio que ingrese el usuario, acá describiremos los aspectos más relevantes. La definición de cada una de estas categorías está incluida en el glosario SISTRAT y en las orientaciones técnicas de cada convenio.

- **Cómo ingresar a un usuario al sistema SISTRAT**.

Crear ficha de ingreso, como se aprecia en la figura N°1 es aquí donde los usuarios en tratamiento son ingresados. Llenando elementos asociados a características epidemiológicas, del consumo y del tratamiento propiamente tal, esta ficha cuenta con distintos tipos de ventanas, las que se identifican en la figura N °2

Figura N°1 “Crear Ficha Ingreso”

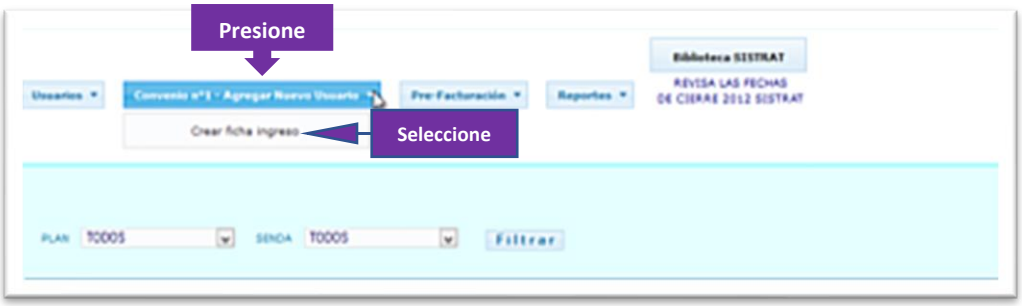
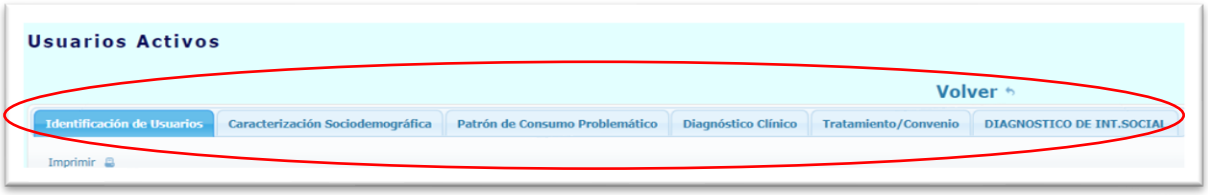


Figura N°2 “Muestra los 6 tipos de variables”



*Es importante señalar que en esta ficha existen muchas variables dependiendo del tipo de convenio, y todas son obligatorias de llenarlas al momento de ingresar a un usuario(a) al programa, situación que el sistema automáticamente validará antes de grabar el registro.
Las características de la ficha de ingreso es que tiene seis (6) variables o sub-ventanas que forman parte de los datos que deben ser ingresados para cada uno de los usuarios del programa.

Figura N°3 “Identificación de usuario”

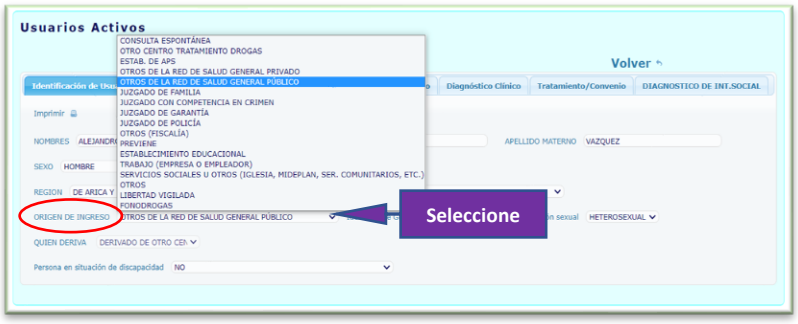
1. **IDENTIFICACION DE USUARIO: Son los datos de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias** (Figura N ° 3), se deben llenar los campos de (todas son obligatorias). Esta información debiera aparecer automáticamente ya que se extrae de la ficha de demanda.

- **Nombres.**
- **Apellidos.**
- **Sexo**
- **Fecha de Nacimiento.**
  Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias
  Código Identificación: Se compone a partir de 3 fuentes de información, del nombre, sexo y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias y se conforma de la siguiente manera:
  Las dos primeras letras del primer nombre y del primer apellido Si es hombre se coloca el número 1 y si es mujer un 2

- **Región**

- **Comuna**
  Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.

- **Origen de Ingreso**
  Las variables son claras, para el caso de origen de ingreso, está referida a cómo es el ingreso a tratamiento del usuario, refiere a la fuente de referencia principal y esta tiene distintas alternativas a llenar, tal como se muestra en la figura



Valores Posibles:

1. Consulta Espontánea
2. Otro Centro de Tratamiento Drogas
3. Establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS)

4. Otros Establecimiento de la Red de Salud General Privado
5. Otros Establecimiento de la Red de Salud General Público
6. Juzgado de Familia
7. Juzgado con Competencia en Crimen
8. Juzgado de Garantía
9. Juzgado de Policía Local
10. Otros (fiscalía)
11. Previene
12. Establecimiento Educacional
13. Trabajo (empresa o empleador)
14. Servicios Sociales u Otros (iglesia, servicios comunitarios, MIDEPLAN, etc.)
15. Ley 20.603 (Libertad Vigilada y Libertad Vigilada Intensiva)
16. Fono drogas
17. Otros

- **Identidad de Género:** Percepción que la persona tiene respecto de sí mismo respecto de su género. Puede coincidir o no con su sexo.

Valores Posibles:

1. Masculino
2. Femenino
3. Masculino Trans
4. Femenino Trans
5. Otro Género
6. Ningún Género

- **Orientación Sexual**

Valores Posibles:

1. Asexual
2. Bisexual
3. Heterosexual
4. Homosexual
5. Pansexual

- **Persona en situación de discapacidad**

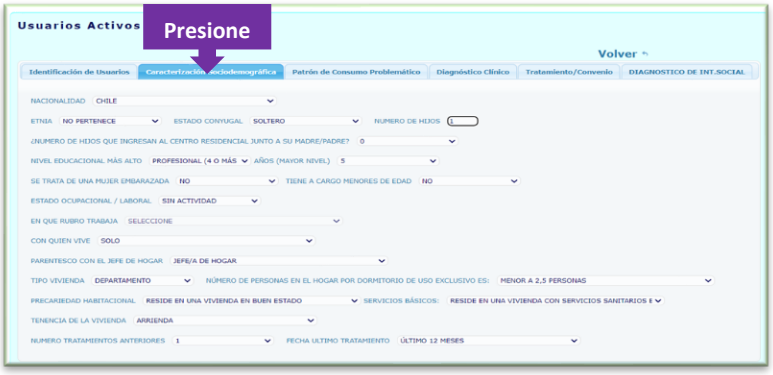
Las personas en situación de discapacidad son personas que, en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad.
Es necesario preguntar al propio usuario. No todas las situaciones de discapacidad son visibles u obvias.

Valores Posibles:

1. de origen físico
2. de origen Intelectual
3. de causa Psíquica
4. de origen Visual
5. de origen auditivo
6. Origen Visceral
7. Origen Múltiple

2. **CARACTERÍSTICA SOCIODEMOGRÁFICA** (Figura N ° 4) y que tiene los siguientes datos a llenar (en esta ventana los campos que están destacados son los obligatorios):

Figura N°4 "Característica Sociodemográfica"



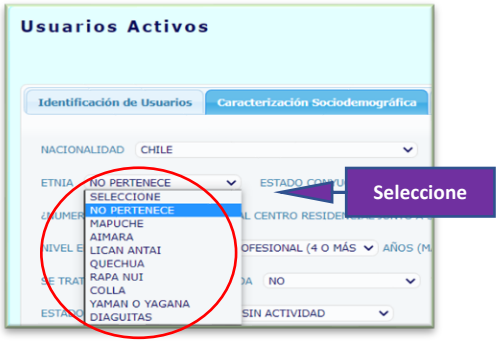
- **Nacionalidad:** Nacionalidad de qué país se presenta la persona. En caso de que tengan más de una, seleccionar la que la persona señala como principal. En el caso que se elija un país que no sea Chile, se debe desplegar la opción de "Documentación regularizada" con las opciones "Si; No"

- **Etnia**

¿Pertenece Ud. a alguno de estos pueblos originarios o indígenas?

Valores Posibles:

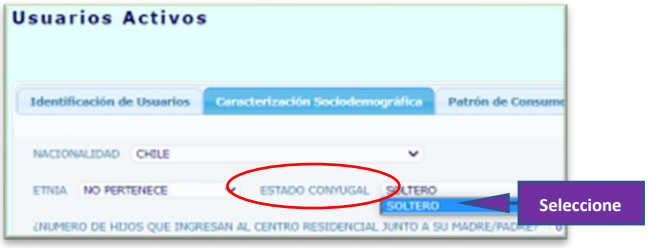
1. No pertenece: Se debe desplegar solo si se selecciona Chile en "Nacionalidad"
2. Mapuche
3. Aimara
4. Lican Antai
5. Quechua
6. Rapa Nui
7. Colla
8. Yaman o Yagana
9. Diaguita



- **Estado Conyugal:** Se refiere a la situación conyugal de hecho, siendo cada categoría excluyente del resto. Por ejemplo, Sí una persona se declara "conviviente", esta categoría prima por sobre el hecho de sea soltera, viuda, separada (de su anterior cónyuge) o anulada. **(Se registra el estado conyugal que la persona tiene al momento de ingreso a tratamiento**

Valores Posibles:

1. Soltero/a
2. Casado/a
3. Divorciado/a
4. Separación en proceso judicial
5. Viudo/a
6. Conviviente
7. Conviviente civil



- **Número de Hijos:** Se refiere al número de hijos que la persona tiene al momento de ingresar al tratamiento (son los niños dependientes de la persona, engendrados, criados y adoptados).
  Desplegar lista desde 0 a 9 y opción 10 o más

- **Escolaridad:** ¿Cuál es el último curso de educación que usted ha aprobado?
  "último año cursado"

Valores Posibles:

1. Básica incompleta
2. Básica completa
3. Media incompleta
4. Media completa
5. Técnica incompleta
6. Técnica completa

7. Universitaria incompleta
8. Universitaria completa o más
9. No sabe o no aplica
10. Sin escolaridad (sabe leer y escribir)
11. Educación diferencial
12. Programa especial básica (nivelación, alfabetización, exámenes libres)
13. Programa especial media (nivelación, alfabetización, exámenes libres)
14. Sin estudios

- **Se trata de mujer gestante?:** Al momento del ingreso a tratamiento registrar si la persona está embarazada
  - **Si - No**

- **Tiene a cargo menores de edad?**
  Si – No

- **Condición Ocupacional:** Esta variable busca establecer si la persona desarrolló alguna actividad laboral o productiva, es decir, si participó en la producción de un bien o servicio para la venta o para el autoconsumo, por un mínimo de una hora semanal en la semana anterior (lunes a domingo) a la entrevista
  Si la respuesta es afirmativa se debe seleccionar la opción **"Trabajando actualmente"**

  Si la persona **No Trabajó**, interesa saber si está Desocupada ("busca trabajo por primera vez" o "cesante") o Inactiva (que corresponde al resto de la opciones, quehaceres del hogar, estudiando, jubilado, etc.)

  1. **Trabajando actualmente**
     - **Empleador:** Asigne este código a la persona que dirige su propia empresa y que contrata los servicios de uno o más trabajadores, a cambio de una remuneración.

     - **Cuenta propia:** Asigne este código a la persona que trabaja en forma independiente y sin ocupar personal remunerado; explota su propio negocio o ejerce por su propia cuenta una profesión u oficio. Puede trabajar solo o asociado y puede tener ayuda de familiares a los que emplea sin pago en dinero. Este trabajador no está subordinado a un jefe.
     - **Asalariado:** Asigne este código a la persona que trabaja para un empleador privado ó público y que, por hacerlo percibe un sueldo o salario como remuneración (mensual, semanal o quincenal).

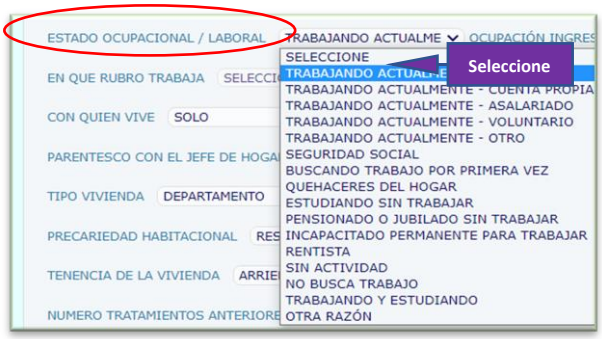
       Tiene contrato de trabajo: Si; No (Restricción: solo se debe desplegar para mayores de 15 años).

- **Solo si responde si:** Contrato indefinido; A plazo fijo; Por obra o faena (Restricción: solo se debe desplegar para mayores de 15 años)

Seguridad Social: No cotiza en sistema previsional; Cotiza en sistema previsional

- **Trabajador voluntario:** Asigne este código a toda persona que se dedica dos o tres horas a la semana a una institución sin fin de lucro y que no cobra por esa colaboración.
- **Otro:** Asigne este código cuando la categoría ocupacional de la persona no corresponda a ninguna de las anteriores.

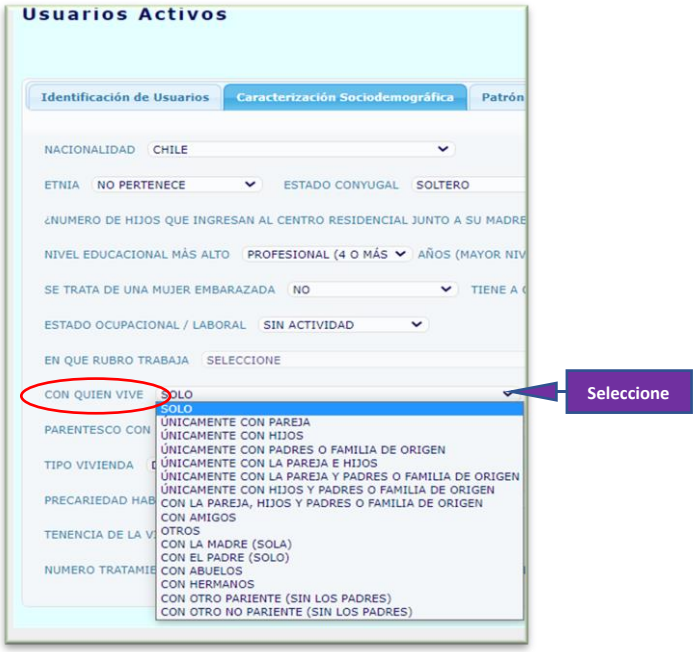
2. **Buscando trabajo por primera vez**
3. **Quehaceres del hogar**
4. **Estudiando sin trabajar**
5. **Pensionado o jubilado sin trabajar**
6. **Incapacitado permanente para trabajar**
7. **Rentista**
8. **Sin actividad**
9. **No busca trabajo**
10. **Trabajando y estudiando**
11. **Otra razón**



➢ **Con quién vive: Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento**

Vive solo/a?

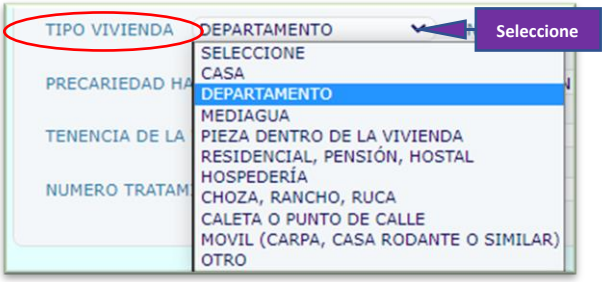
1. **SI**
2. **NO**:
   - Con cónyuge o pareja
   - Hijos/as
   - Familia de origen
   - Amigos o conocidos
   - Otro



- **Tipo de vivienda:** Indique el tipo de vivienda según los siguientes códigos:
  ¿El tipo de vivienda donde usted vive es….?

  Valores Posibles:

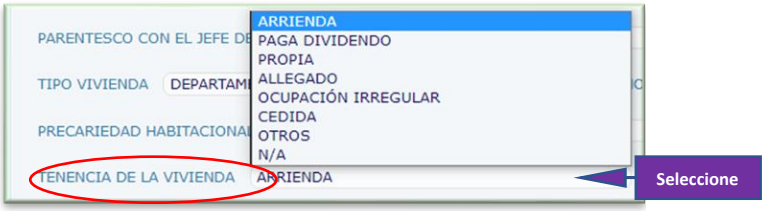
  1. **Casa**
     - Número de personas en el hogar por dormitorio de uso exclusivo es: Mayor a 2,5 personas; Menor a 2,5 personas
     - Precariedad habitacional: Reside en una vivienda precaria o en una vivienda con muros y/o piso en mal estado; Reside en una vivienda en buen estado
     - Servicios básicos: Reside en una vivienda sin servicios sanitarios básicos (sin WC, y/o llave dentro de la vivienda y/o agua según estándar urbano o rural; Reside en una vivienda con servicios sanitarios básicos
  2. **Departamento**
  3. **Mediagua**
  4. **Pieza dentro de vivienda**
  5. **Residencial, pensión u hostal**
  6. **Hospedería**
  7. **Choza, rancho o ruca**
  8. **Caleta o punto de calle**
  9. **Móvil (carpa, casa rodante o similar)**
  10. **Otro**



- **Tenencia de la Vivienda**
  Esta variable pretende recoger la situación en que se ocupa la vivienda.
  ¿Su hogar, bajo qué situación ocupa su vivienda?

  Valores Posibles:

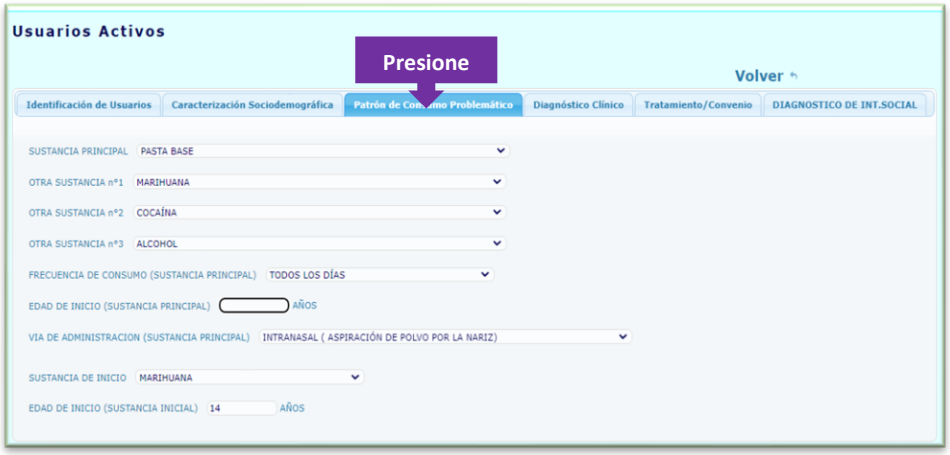
  1. **Arrienda**
  2. **Paga dividendo**
  3. **Propia**
  4. **Allegado**
  5. **Ocupación irregular**
  6. **Cedida**
  7. **Otro**
  8. **No aplica**



Es importante señalar que en cada una de estas ventanas una vez que se han ingresados los datos del usuario debe hacer clic en la instrucción **"ENVIAR", esta es una condición imprescindible para que el registro sea almacenado en el sistema SISTRAT.**

3. **PATRÓN DE CONSUMO PROBLEMÁTICO"** (Figura N ° 5) y las variables a llenar son (al igual que la anterior los nombres de los campos que están destacados son los obligatorios)

Figura N ° 5 "Patrón de consumo problemático"



- **Sustancia principal:** Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta. Es importante señalar que la sustancia catalogada como principal, no aparecerá en otra sustancia.
- **Otra Sustancia N ° 1:** Se refiere a otra sustancia que también esté motivando la consulta.
- **Otra Sustancia N ° 2:** Se refiere a una tercera sustancia que también esté motivando la consulta.
- **Otra Sustancia N ° 3:** e refiere a una cuarta sustancia que también esté motivando la consulta.

Valores Posibles:

1. Alcohol
2. Anfetaminas
3. Cocaina
4. Crack
5. Extasis
6. Hipnóticos
7. Inhalables
8. LSD
9. Marihuana
10. Metanfetaminas y otros derivados
11. Otros
12. Otros Alucinógenos

13. Otros Estimulantes
14. Otros Opioides Analgésicos
15. Pasta Base
16. Tranquilizantes
17. Sedantes
18. Sin especificar

Es importante recalcar que acá se registran solamente las sustancias que generan el problema, es decir sustancias que cumplan el criterio de perjudicial o dependencia y es muy posible que el paciente tenga un consumo problemático a más de una sustancia

- **Frecuencia de Consumo**

  Frecuencia de consumo de la droga principal en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

  Valores Posibles:

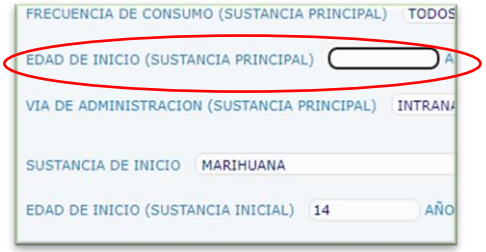
  1. Todos los días
  2. 4 a 6 días a la semana
  3. 2 a 3 días a la semana
  4. 1 día a la semana
  5. Menos de 1 día a la semana
  6. Desconocida
  7. No consumió

- **Edad de Inicio**

  Respuesta a la siguiente pregunta ¿Qué edad tenía cuando inició el consumo de esta droga?

  Desplegar listado numérico desde 1 a 99.

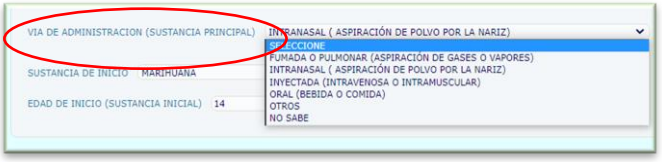
  Condición: no debe ser superior a la edad actual.



- **Vía de Administración**

  ¿Cuál ha sido la vía más frecuente de administración de esta sustancia durante los últimos 30 días?

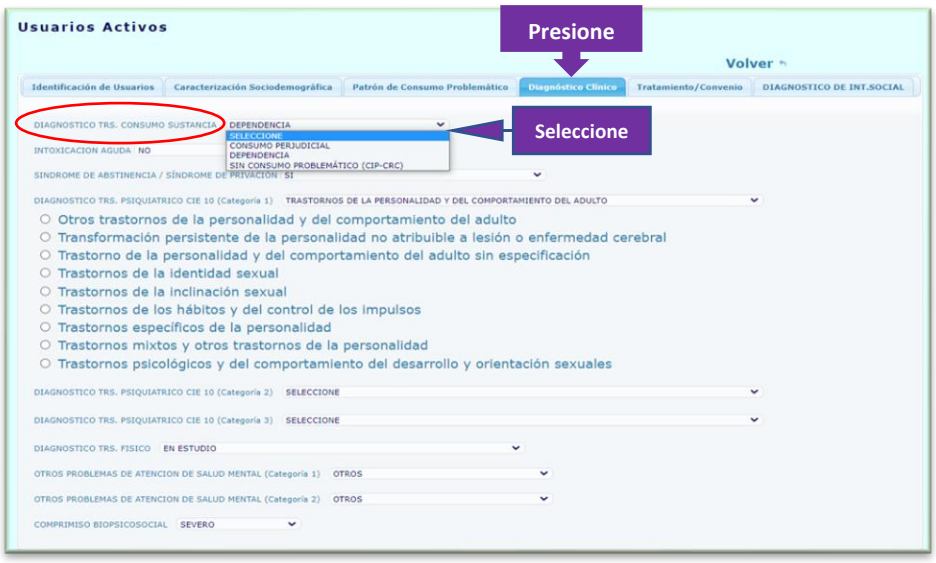
  1. Fumada o pulmonar (aspiración de gases o vapores)
  2. Intranasal (aspiración de polvo por la nari
  3. Inyectada (intravenosa o intramuscular)
  4. Oral (bebida o comida)
  5. Otros
  6. No sabe



- **Edad inicio consumo sustancia inicial**
  Se refiere a la edad que tenía la persona cuando consumió la sustancia de inicio
  Desplegar listado numérico desde 1 a 99.
  Condición: no debe ser superior a la edad actual.

4. **DIANÓSTICO CLÍNICO** (Figura N ° 6**)** los campos a llenar son (los destacados son los campos obligatorios a llenar):

Figura N° 6 "Diagnóstico Clínico"



- **Diagnóstico de trastorno consumo de sustancia**
  Especificar si el trastorno por consumo de la sustancia principal corresponde a: Dependencia o Consumo Perjudicial. Según los criterios de Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10).
- **Diagnóstico de trastorno psiquiátrico CIE 10**
  Trastorno psiquiátrico asociado al consumo perjudicial o dependencia a sustancia. Según los criterios CIE- 10. El sistema da la opción de seleccionar hasta tres trastornos mentales.

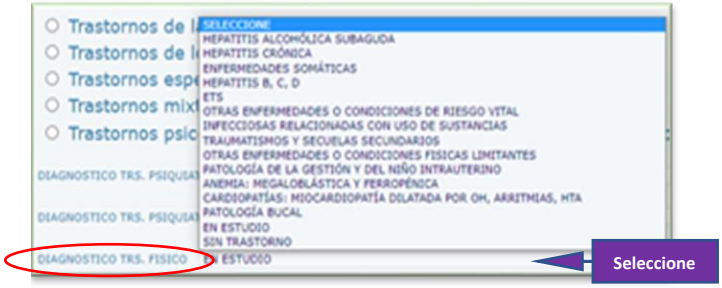
Valores Posibles:

1. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos
2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
3. Trastorno del humor (afectivos)
4. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos
5. Trastorno de personalidad y del comportamiento del adulto
6. Trastorno del comportamiento asociado a funciones fisiológicas y factores somáticos
7. Retraso mental
8. Trastorno del desarrollo psicológico
9. Trastorno del comportamiento de las emociones de comienzo en la infancia y adolescencia

10. Trastorno de la conducta alimentaria
11. Trastorno de los hábitos y control de impulsos
12. En estudio ((Es relevante mencionar que al seleccionar esta variable implicara la activación de la alerta celeste para confirmar el diagnóstico 90 días para adolescentes y 60 días para adultos).
13. Sin trastorno

- **Diagnóstico trastorno físico**

Patología somática asociada al trastorno por consumo de sustancias consumo perjudicial o dependencia).

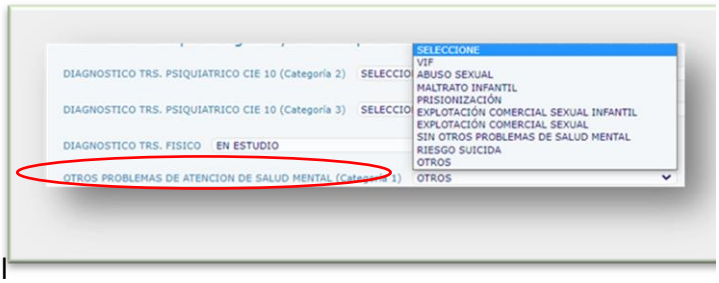


Valores Posibles:

1. En estudio
2. Sin trastorno
3. Hepatitis alcohólica sub aguda
4. Hepatitis crónica
5. Enfermedades somáticas
6. Hepatitis B, C o D
7. ITS
8. Otras enfermedades o condiciones de riesgo vital
9. Traumatismo y secuelas secundarios
10. Otras enfermedades o condiciones física limitantes
11. Patología de la gestación del niño intrauterino
12. Anemia megaloblástica o ferropénica
13. Cardiopatías: miocardiopatía dilatada por alcohol, arritmias, hipertensión arterial
14. Patología bucal

- **Otros problemas de atención de salud mental**

Otros estados o problemas que requieren de atención de salud mental. No se refiere sólo a un antecedente biográfico, sino a problemas que pueden ser objeto de atención clínica y que se relacionan con trastornos mentales.



Valores Posibles:

1. VIF
2. Abuso sexual
3. Maltrato infantil
4. Prisionización
5. Explotación comercial sexual infantil
6. Explotación comercial sexual
7. Sin otros problemas de salud mental
8. Riesgo suicida
9. Otros

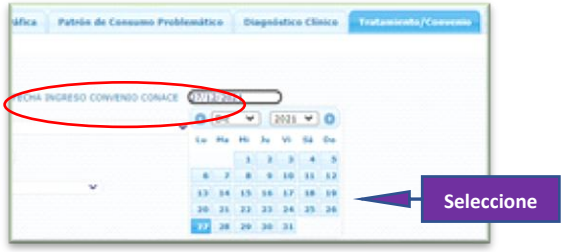
- **Compromiso biopsicosocial**
  Valores Posibles:
  1. Leve
  2. Moderado
  3. Severo

- **Intoxicación aguda**
  Si - No
- **Síndrome de abstinencia / Síndrome de privación**
  Si – No

5. **TRATAMIENTO / CONVENIO** (Figura N ° 6) y los campos a llenar son :

- **Fecha de ingreso a tratamiento**
  Fecha (día/mes/año) en que el usuario ingresa al programa de tratamiento, se despliega el calendario y debe seleccionar la fecha, como se muestra en la figura

- **Fecha de ingreso a convenio SENDA (solo para convenio 1 o 7)**
  Fecha (día/mes/año) en que el usuario es registrado como beneficiario **del Convenio**
  Acá se despliega el calendario y debe seleccionar la fecha



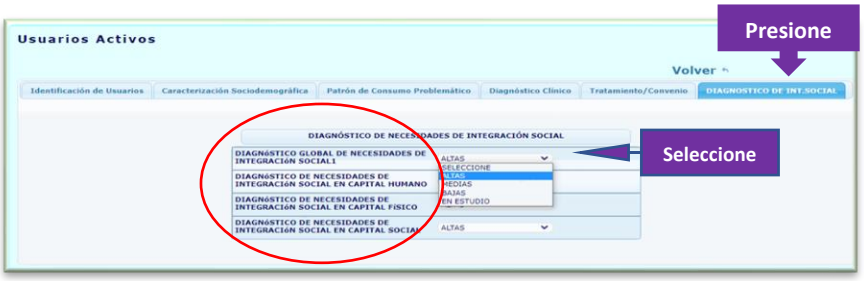
- **Ingreso a convenio SENDA**
  Cuando el usuario es registrado como beneficiario del Convenio
  SI - NO

Cabe señalar que la variable “INGRESO A CONVENIO SENDA”, de la figura encerrada en círculo rojo, esta puede ser modificada, es decir, un paciente puede **NO** estar en convenio al momento de ingresar a tratamiento y posteriormente ingresar como convenio **SI.** Este cambio tiene determinados procesos que afectan los registros, como los ingresos, la pre-facturación, la ficha mensual, reportes etc. Es por **esto que siempre es necesario realizar los cambios si y sólo si el paciente no tiene registros de ficha mensual, es decir, antes de modificar este campo deben fijarse si tiene registros.**

- **Tipo de Programa**
  Se refiere al tipo programa de tratamiento que recibe el usuario
- **Tipo de plan**
  Se refiere al tipo plan de tratamiento que recibe el usuario
- **Usuario de tribunales de tratamiento de drogas**
  Cuando el usuario es Beneficiario del Programa Tribunales de Tratamiento, esta pre determinado, si la demanda recibida viene desde una dupla TTD quedará marcado como SI, en caso contrario será NO y no es posible de modificar.
- **Rut del usuario o paciente**
  RUT de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias.
- **Consentimiento Informado**
  Se refiere a 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. El consentimiento informado se debe expresar en un documento que debe estar en la ficha clínica o carpeta individual del usuario.

6. DIAGNÓSTICO DE INTEGRACIÓN SOCIAL

Este registro tiene por objetivo recopilar información respecto de la condición de integración social de las personas usuarias, así como también, conocer cuáles son las principales necesidades que presenta la persona en su proceso de recuperación.



Es decir, se refiere a los resultados que el equipo técnico – clínico obtiene una vez realizado el análisis de un caso en relación con las dimensiones señaladas en el instrumento de Descripción de Necesidades de Integración Social, los campos a llenar son:

- **Diagnóstico Global de Necesidades de Integración Social**
  1. Altas
  2. Medias
  3. Bajas
  4. En estudio

- **Diagnóstico de Necesidades de Integración Social en Capital Humano**
  1. Altas
  2. Medias
  3. Bajas
  4. En estudio

- **Diagnóstico de Necesidades de Integración Social en Capital Físico**
  1. Altas
  2. Medias
  3. Bajas
  4. En estudio

- **Diagnóstico de Necesidades de Integración Social en Capital Social**
  1. Altas
  2. Medias
  3. Bajas
  4. En estudio

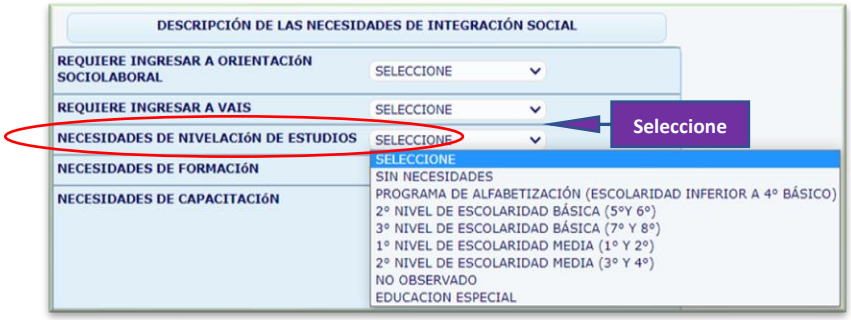
2. Descripción de las Necesidades de Integración Social

Este apartado está compuesto por 11 ámbitos de necesidades de integración social. Estas necesidades se derivan del análisis y diagnóstico de cada uno de los capitales de recuperación de las personas usuarias.
Las necesidades dicen relación tanto con la condición objetiva que vivencian las personas en tratamiento, pero también con aquello que la persona quiere o desea trabajar en su proceso de recuperación, y que por lo tanto se ha consensuado incluir en el plan de intervención individual.

- **Necesidades de Nivelación de Estudios**
  Dice relación con que la persona usuaria desea o requiere continuar con sus estudios escolares. Los valores disponibles son aquellos por los que se rige el sistema de educación de adultos en Chile. Se debe seleccionar una alternativa.

Valores Posibles:

1. Sin necesidades
2. Programa de Alfabetización (escolaridad inferior a 4° básico)
3. 2° Nivel de Escolaridad Básica (5°y 6°)
4. 3° Nivel de Escolaridad Básica (7° y 8°)
5. 1° Nivel de Escolaridad Media (1° y 2°)
6. 2° Nivel de Escolaridad Media (3° y 4°)

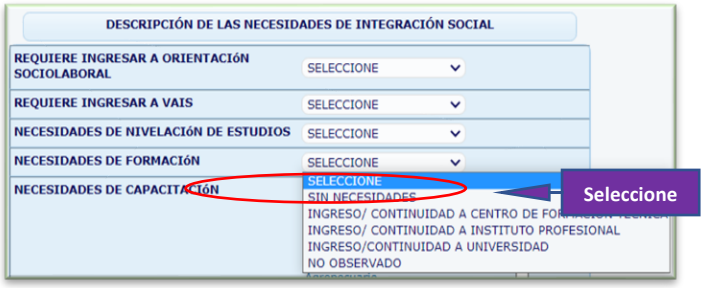


- **Necesidades de Formación**

  Dice relación con que la persona usuaria desea o requiere ingresar o continuar con estudios de educación superior. Se debe seleccionar una alternativa.

  Valores Posibles:

  1. Sin necesidades
  2. Ingreso Continuidad a Centro de Formación Técnica
  3. Ingreso/ continuidad a Instituto Profesional
  4. Ingreso/continuidad a Universidad



- **Necesidades de Capacitación**

  Dice relación con que la persona usuaria desea o requiere realizar una capacitación en algún ámbito o área. El listado de opciones se ha extraído del listado de áreas de capacitación que utiliza SENCE (www2.sence.cl/cursos_sence.htm).

  Se pueden seleccionar hasta 3 opciones.

  Valores Posibles:

  1. Sin necesidades
  2. Administración

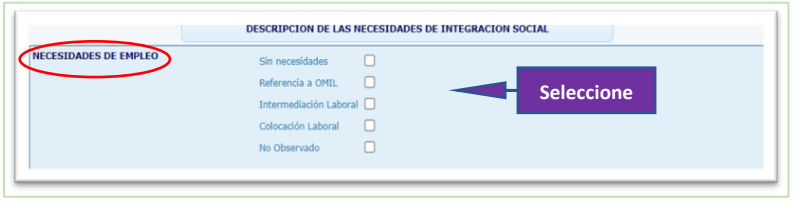
3. Agricultura
4. Agropecuario
5. Alimentación, gastronomía y turismo
6. Artes, artesanías y gráfica
7. Ciencias y técnicas aplicadas
8. Comercio y servicios financieros
9. Computación e informática
10. Construcción
11. Ecología
12. Educación y Capacitación
13. Electricidad y electrónica
14. Especies acuáticas
15. Forestal
16. Idiomas y comunicación
17. Mecánica automotriz
18. Mecánica industrial
19. Minería
20. Procesos industriales
21. Salud, nutrición y dietética
22. Servicio a personas
23. Transporte y telecomunicaciones
24. Energía nuclear

- **Necesidades de Empleo**

  Dice relación con aquellas situaciones en que la persona usuaria requiere apoyos para la consecución, cambio o mantenimiento de una alternativa laboral, ya sea de manera dependiente o independiente.

  Valores Posibles:

  1. Sin necesidades
  2. Referencia a OMIL
  3. Orientación Sociolaboral
  4. Intermediación laboral
  5. Colocación laboral

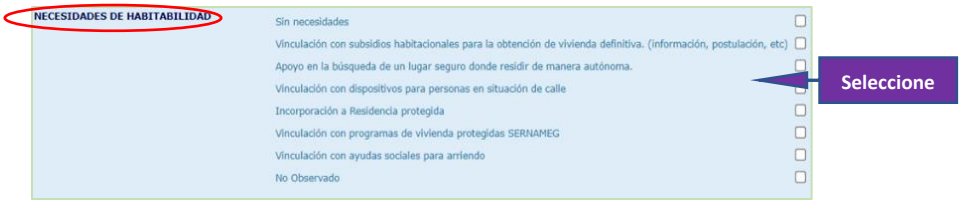


- **Necesidades de Habitabilidad**

  Dice relación con aquellas situaciones en que la persona usuaria requiere apoyos para abordar su situación habitacional. Estas necesidades pueden apuntar tanto a alternativas de solución definitivas como transitorias.

  Se pueden seleccionar hasta tres alternativas Valores Posibles:

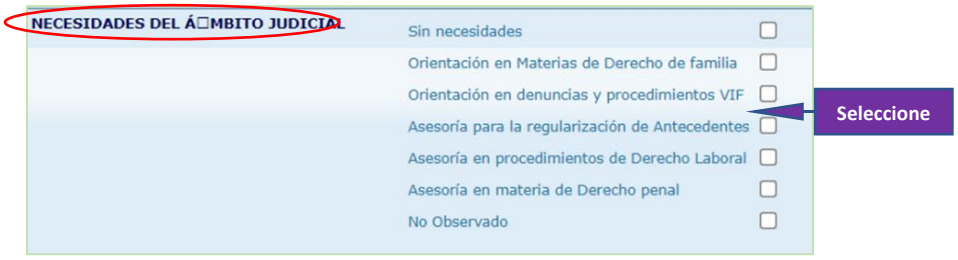
1. Sin necesidades.
2. Vinculación con subsidios habitacionales para la obtención de vivienda definitiva. (información, postulación, etc.).
3. Apoyo en la búsqueda de un lugar seguro donde residir de manera autónoma (incluye alternativas de arriendo, pensión, buscar residir con algún familiar, figura significativa, etc.).
4. Vinculación con dispositivos para personas en situación de calle.
5. Incorporación a Vivienda de Apoyo a la Integración Social (VAIS).
6. Incorporación a residencia protegida.



- **Necesidades del ámbito judicial**

  Dice relación con aquellos aspectos en que la persona usuaria requiere apoyos para abordar, solucionar o enfrentar situaciones en el sistema judicial. Para ello se describen los ámbitos del derecho en que la persona pudiera desear o requerir apoyo. Se pueden seleccionar hasta tres opciones.

  Valores Posibles:
  1. Sin necesidades
  2. Orientación en materias de derecho de familia
  3. Orientación en denuncias y procedimientos VIF
  4. Asesoría para la regularización de antecedentes
  5. Asesoría en procedimientos de derecho laboral
  6. Asesoría en materia de derecho penal



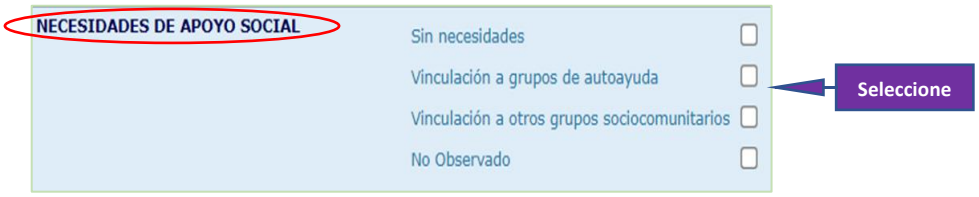
Necesidades de Apoyo Social

Dice relación con aquellos aspectos en que la persona usuaria requiere o desea apoyo para vincularse con la red social a la que pertenece.

Se pueden seleccionar hasta dos alternativas.

Valores Posibles:

1. Sin necesidades
2. Vinculación a grupos de autoayuda
3. Vinculación a otros grupos sociales comunitarios



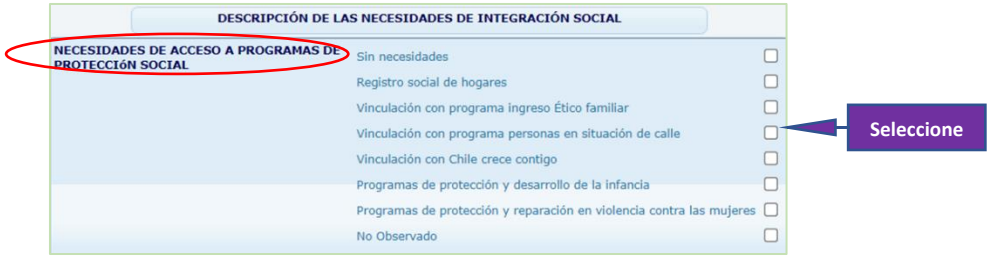
- **Necesidades de acceso a programas de protección social**

Dice relación con aquellas situaciones en que la persona usuaria requiere o desea apoyo incorporarse o acceder a los diversos beneficios y programas del sistema de protección chileno.

Se pueden seleccionar hasta tres alternativas.

Valores Posibles:

1. Sin necesidades
2. Aplicación de Ficha de protección Social
3. Vinculación con programa ingreso ético familiar
4. Vinculación con programa personas en situación de calle
5. Vinculación con programa Chile crece contigo.

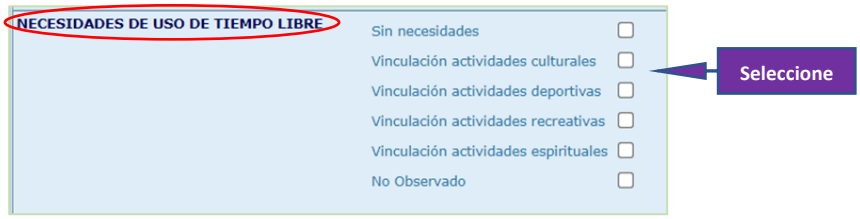


Necesidades de uso del tiempo libre

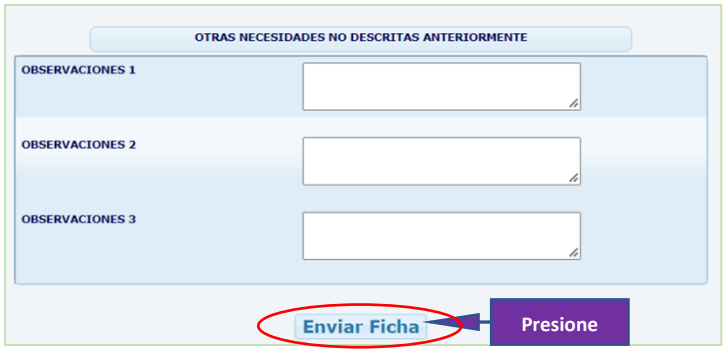
Dice relación con aquellas situaciones en que la persona usuaria requiere o desea apoyo para vincularse con instancias que propicien un uso del tiempo libre gratificante.

Se pueden seleccionar hasta tres alternativas Valores Posibles:

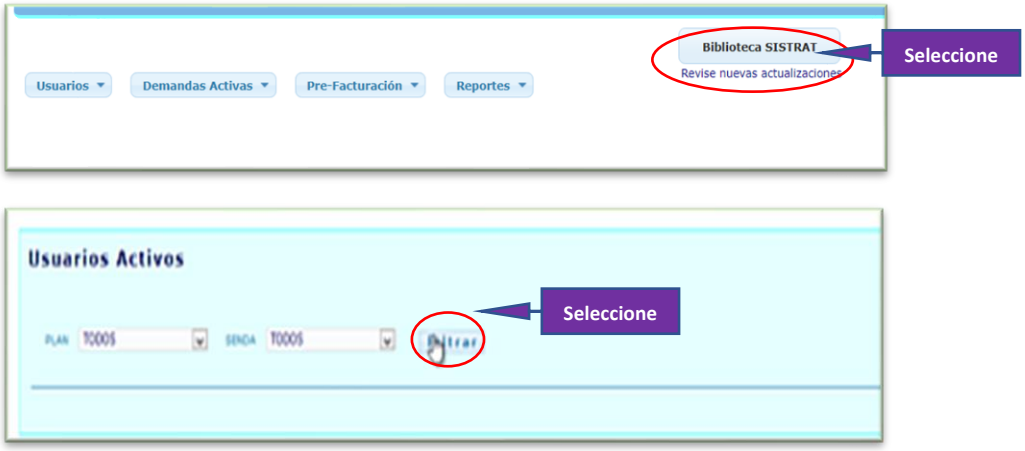
1. Sin necesidades
2. Vinculación actividades culturales
3. Vinculación actividades deportivas
4. Vinculación actividades recreativas.



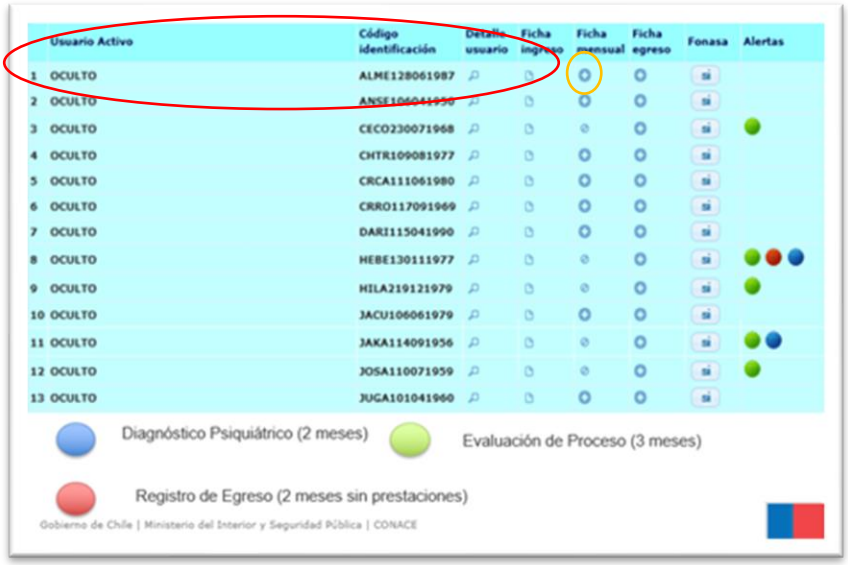
- **Otras necesidades no descritas anteriormente**
  Se solicita que pueda describir aquí de manera clara y sucinta cualquier otra necesidad de integración social de la persona usuaria, que no haya sido descrita anteriormente.



Como se ha señalado en todas las variables anteriores, las que se encuentran destacadas son aquellas que el sistema SISTRAT exige que sean llenadas para cada usuario y las definiciones se encuentra acá en la biblioteca "Glosario"



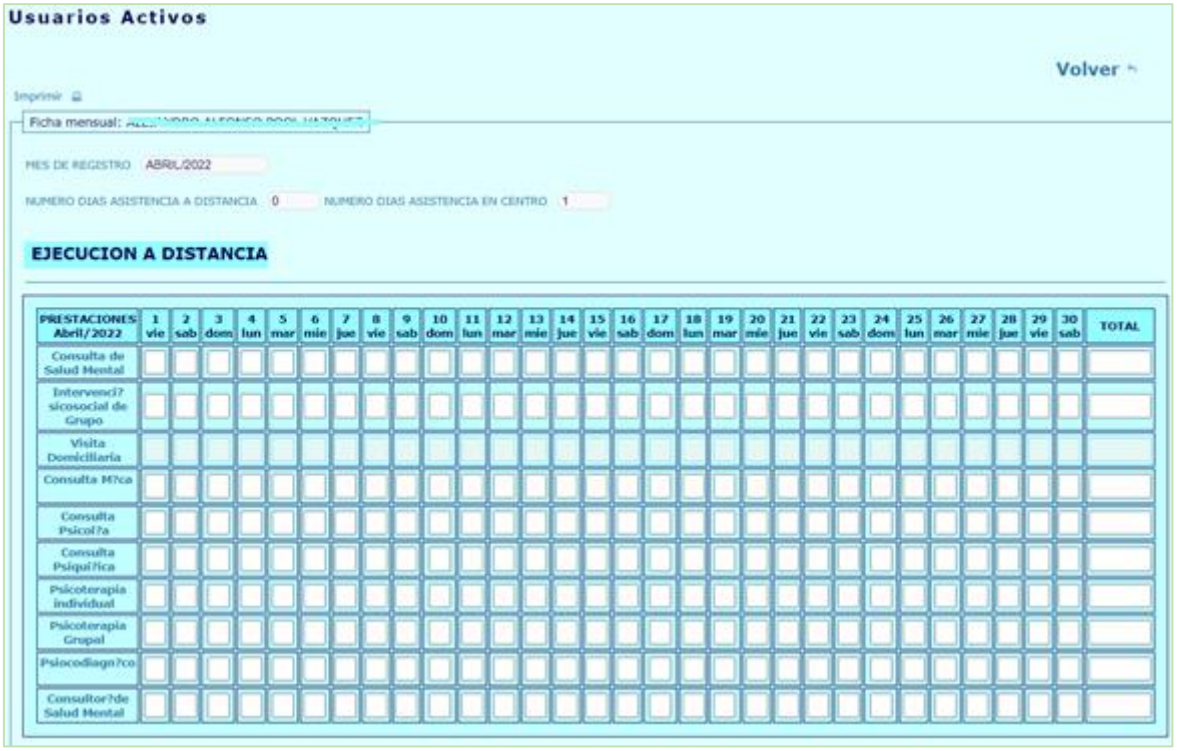
Una vez que hemos registrado todos los datos del paciente, presionamos filtrar como muestra imagen, para ver los pacientes activos y ahí debe aparecer el registro del nombre del paciente y su código de identificación, revisamos su ficha de ingreso y nos figura el registro que hicimos como señala la siguiente imagen:



Está la opción de imprimir, es importante porque se pueden imprimir todas estas etiquetas y se pueden anexar a la ficha clínica y tener todos estos datos en forma más fácil para trabajo clínico o de respaldo de la información.

II. FICHA MENSUAL

En esta ventana se debe ingresar todas las prestaciones mensuales realizadas a un usuario en un mes de tratamiento. (Figura N° 1)



Corresponde al registro de las prestaciones que recibe cada usuario durante un mes calendario. Se detallan los días del mes calendario en que se realiza cada una de las prestaciones. El sistema grabará e irá sumando automáticamente el número de prestaciones y de días de atención acumulados.

Se podrá ir ingresando las prestaciones día a día o semanalmente.

- **Mes de Registro**

  Incorporar registro, detallando los días del mes calendario en que se realiza cada una de las prestaciones. El sistema irá sumando automáticamente el número de prestaciones y de días acumulados.

- **Número de meses en tratamiento**

  Corresponde al mes y año calendario en que el usuario recibió las prestaciones. Este registro se actualiza automáticamente.

- **Número de días asistencia.**

  Corresponde al número de días/meses que el usuario lleva en el programa de tratamiento. Este registro se actualiza automáticamente.

- **Nombre prestación y cantidad ejecutada.**

  Corresponde al número de días que el usuario asistió al programa de tratamiento en el mes señalado. También se consideran los días en que se realizaron actividades fuera del establecimiento como visitas domiciliarias.

EJECUCION EN CENTRO

PRESTACIONES Abril/2022	1 vie	2 sab	3 dom	4 lun	5 mar	6 mie	7 jue	8 vie	9 sab	10 dom	11 lun	12 mar	13 mie	14 jue	15 vie	16 sab	17 dom	18 lun	19 mar	20 mie	21 jue	22 vie	23 sab	24 dom	25 lun	26 mar	27 mie	28 jue	29 vie	30 sab	TOTAL
Consulta de Salud Mental																															0
Intervenci?sicosocial de Grupo																															0
Visita Domiciliaria																															0
Consulta M?ca																	1														1
Consulta Psicol?a																															0
Consulta Psiqui?ica																															0
Psicoterapia individual																															0
Psicoterapia Grupal																															0
Psiocodiagn?co																															0
Consultor?de Salud Mental																															0

En esta categoría corresponde registrar el tipo y número de prestaciones que el usuario recibió durante el mes de registro señalado.

Valores Posibles:

1. Consulta Salud Mental
2. Por asistente social
3. Por terapeuta ocupacional
4. Por clínico en rehabilitación
5. Por otro profesional
6. Intervención Psicosocial de Grupo
7. Visita Domiciliaria
8. Consulta Médica
9. Consulta Psicológica
10. Consulta Psiquiátrica
11. Psicoterapia Individual
12. Psicoterapia Grupal
13. Psicodiagnóstico
14. Consultoría de Salud Mental
15. Coordinación Intersectorial

- **CONSULTA DE SALUD MENTAL**, para evaluación y diagnóstico psicosocial, psicoeducación, contención emocional, entrenamiento en habilidades socio ocupacionales, referencia a otros programas, entre las principales acciones Es una actividad individual y/o con la familia, y es realizada por:
  - Asistente Social
  - Terapeuta Ocupacional
  - Clínico en Rehabilitación
  - Por otro profesional
- **INTERVENCION PSICOSOCIAL DE GRUPO,** dirigida a un grupo de persona en tratamiento, a un grupo de familiares, con el objetivo de informar y educar (psicoeducación), otorgar contención emocional, entrenar en habilidades sociales, desarrollar estrategias de prevención de recaídas, realizar actividades específicas de rehabilitación social y ocupacional, potenciar el desarrollo de estrategias de autoayuda y de participación social o ciudadana (en grupos de usuarios y familiares), además de propiciar y fomentar espacios de recreación.

- **VISITA DOMICILIARIA,** realizada al domicilio o lugar de trabajo de usuario, del familiar, jefes etc. Esta acción puede realizarse cuando el usuario no asiste a tratamiento o ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar el contexto inmediato en el que se encuentra la persona para generar estrategias para retomar la asistencia al programa. También esta actividad se efectúa cuando la persona está en la etapa de integración social, para apoyar y fortalecer su proceso.

- **CONSULTA MÉDICA,** para realizar diagnóstico, indicar o modificar el tratamiento, hacer seguimiento y refuerzo de adherencia al tratamiento. Además, entregar información y educación relacionada con el diagnóstico y tratamiento, para otorgar alta o referencia a atención especializada. Es realizada por Médico y puede ser individual y/o con la familia.

- **CONSULTA PSICOLÓGICA,** entrevista para evaluar estado psicológico, seguimiento del proceso terapéutico, entre las acciones más relevantes. Corresponde a una intervención individual y/o familiar. Es realizada por un psicólogo clínico.

- **CONSULTA PSIQUIÁTRICA**, para diagnosticar, indicar y/o modificar tratamiento farmacológico y realizar el seguimiento de la evolución clínica. Intervención individual y /o con la familia. Realizada por psiquiatra.
- **PSICOTERAPIA INDIVIDUAL,** tiene el objeto de intervenir en los factores que originan y mantiene el consumo problemático, promover un buen enfrentamiento

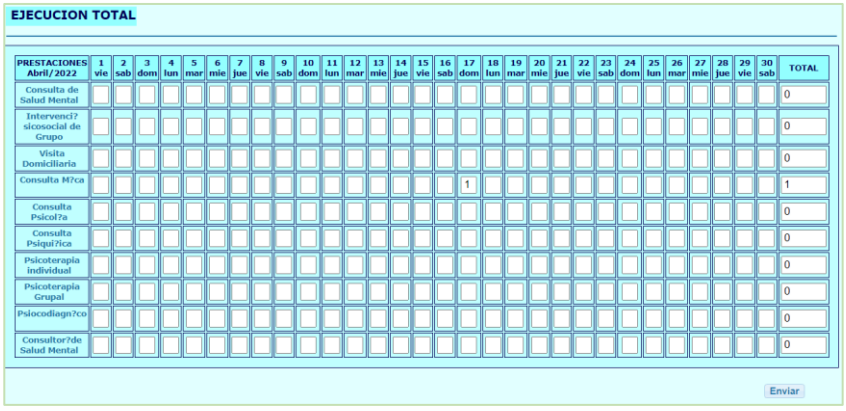
con la vida; la oportunidad de resolver problemas, de desarrollar la autonomía e independencia, aumentar la satisfacción y autoeficacia en el manejo de las contingencias de la vida diaria. Realizada por psicólogo clínico o psiquiatra.

- **PSICOTERAPIA GRUPAL,** intervención dirigida a un grupo de personas participantes de un programa de tratamiento o grupo familiar, con el objeto de provocar un cambio en los factores que originan y mantienen el consumo problemático. Es realizada por un psicólogo clínico o psiquiatra.

- **PSICODIAGNÓSTICO**, realizado por psicólogo del equipo mediante la aplicación de instrumentos de diagnóstico y entrevista.

- **CONSULTORÍA DE SALUD MENTAL**, actividad conjunta e interactiva entre el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria y el equipo de salud de la atención primaria, o de urgencias, en forma de reuniones clínico – técnicas y atención conjunta de pacientes. La periodicidad de esta actividad debe ser al menos de una vez al mes por equipo de salud general o de urgencias. (Esta prestación es considerada solo para los equipos de atención primaria)

- **COORDINACIÓN INTERSECTORIAL,** actividades realizadas por diferentes organismos del sector público y privado, con el objetivo de lograr una intervención adecuada y efectiva con los usuarios. Esta puede ser a nivel local, regional o nacional

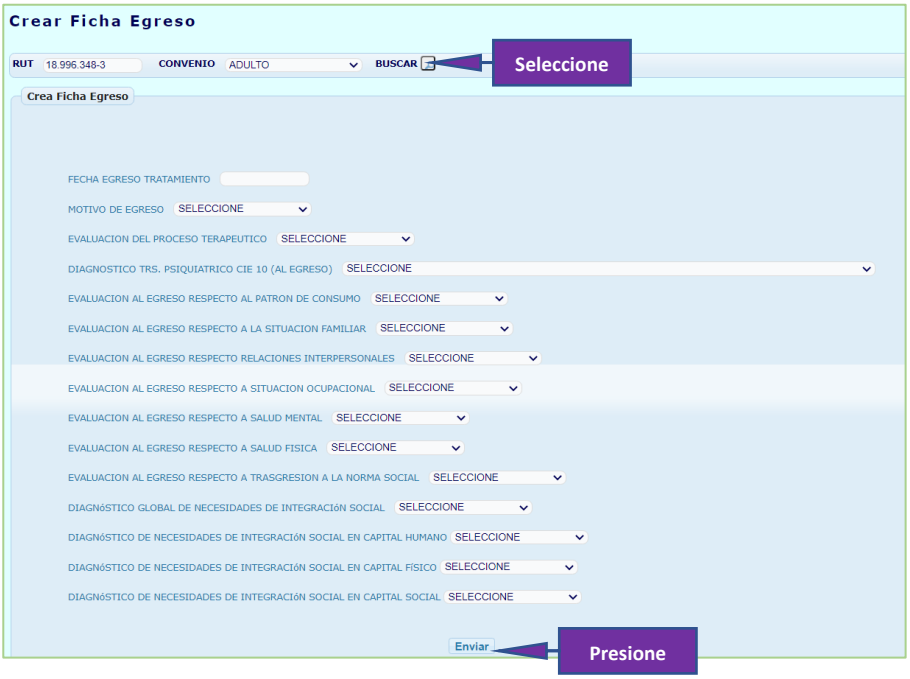

EJECUCION TOTAL

PRESTACIONES Abril/2022	1 vie	2 sab	3 dom	4 lun	5 mar	6 mie	7 jue	8 vie	9 sab	10 dom	11 lun	12 mar	13 mie	14 jue	15 vie	16 sab	17 dom	18 lun	19 mar	20 mie	21 jue	22 vie	23 sab	24 dom	25 lun	26 mar	27 mie	28 jue	29 vie	30 sab	TOTAL
Consulta de Salud Mental																															0
Intervenci?sicosocial de Grupo																															0
Visita Domiciliaria																															0
Consulta M?ca																	1														1
Consulta Psicol?a																															0
Consulta Psiqui?ica																															0
Psicoterapia individual																															0
Psicoterapia Grupal																															0
Psiocodiagn?co																															0
Consultor?de Salud Mental																															0

Enviar

III. FICHA DE EGRESO

Son variables que deben ser ingresadas cuando un usuario ha egresado del tratamiento.



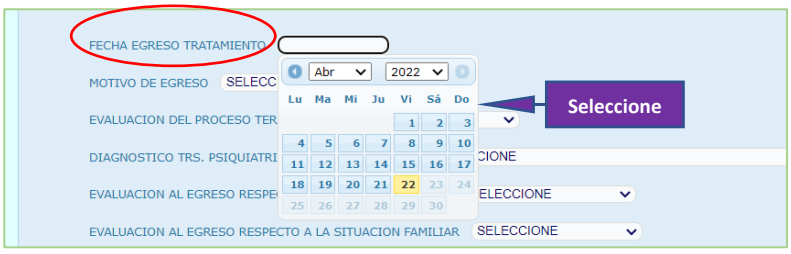
FICHA DE EGRESO (CONVENIO 1 PG y 7 LV)

Esta ficha se debe registrar cada vez que el usuario egresa del programa de tratamiento, independiente del motivo. La aplicación de la Ficha de Egreso es de suma relevancia clínica y epidemiológica, pues permite tener una aproximación a los resultados terapéuticos, y a la permanencia en los tratamientos.

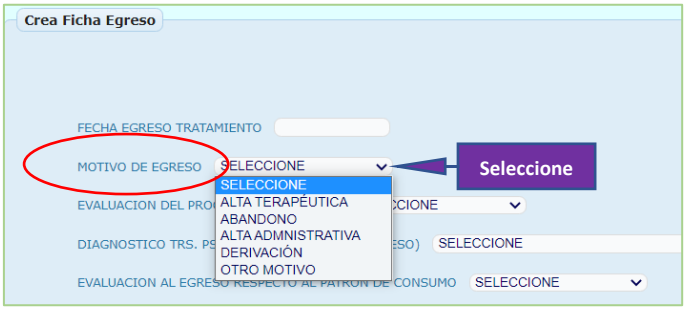
- **Fecha Egreso Tratamiento**

Egreso: término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento.

Fecha (día/mes/año) en que el usuario egresa del programa de tratamiento. La fecha de egreso no puede ser anterior a la fecha de ingreso. Tampoco puede ser posterior a los 60 días desde la última prestación. Por último, la fecha de egreso no puede ser superior al día festivo de egreso.



➢ Motivo de Egreso Tratamiento



Se considerarán motivos de egreso de un programa:

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con las personas usuarias.

- **Abandono:** inasistencia y/o pérdida de contacto de la persona en tratamiento por un tiempo igual o mayor a 60 días, habiéndose realizado a lo menos dos acciones de rescate, estas acciones permiten evaluar las razones de la interrupción de la asistencia y estimular que el usuario retome su tratamiento.

- **Alta Administrativa:** Decisión del equipo tratante de egresar a la persona del programa.
  - Incumplimiento Grave convivencia del programa tales como robo reiterado, tráfico o microtráfico al interior del centro, agresiones graves.
  - Traslado de domicilio a zona sin disponibilidad de oferta de tratamiento
  - Fallecimiento.
  - Término del convenio.

- **Derivación:** Cambiar al usuario del centro de tratamiento.

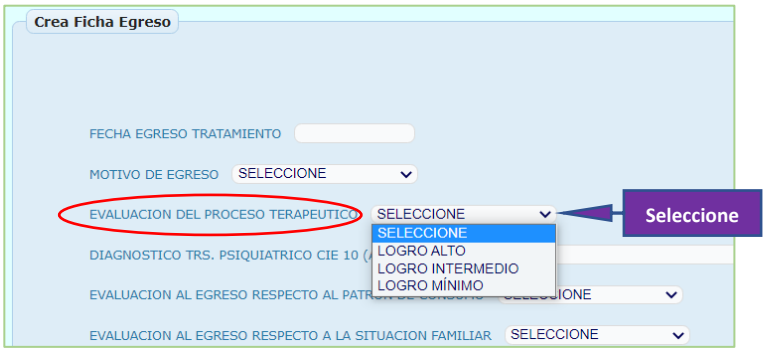
- **Derivación a centro en convenio:** traslado por indicación o sugerencia del equipo a otro centro perteneciente al convenio SENDA - MINSAL, que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio.
- **Derivación a centro sin convenio**: traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; ya sea por motivos clínicos (mayor o menor complejidad del caso) o por razones administrativas; Ej. por cambio de domicilio. Se trata de centros que están fuera de la red de centros pertenecientes al convenio SENDA-MINSAL.

- **Ha estado embarazada durante el periodo de tratamiento**

  - **SI** (Aplica sólo en el caso que en la ficha de ingreso se indique que la usuaria sea mujer)
  - **NO**

- **Evaluación del Proceso Terapéutico**

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

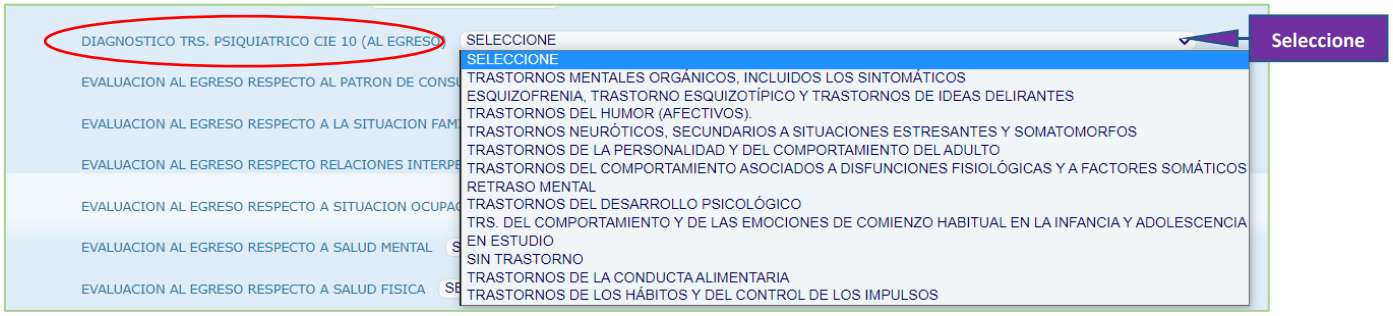


Las categorías son:

- **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.

NOTA: No podrán ser egresados los usuarios por alta terapéutica que hayan obtenido un logro mínimo. (Esto rige para todos los convenios)

- **Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10:**



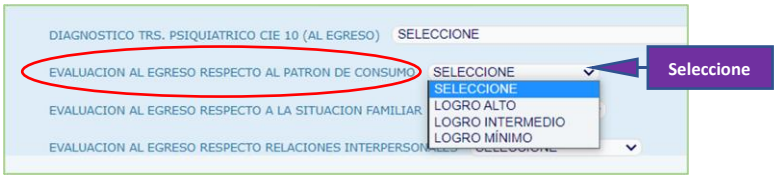
Se deberá registrar el Diagnóstico Trastorno Psiquiátrico CIE-10 con que egresa el usuario.

1. Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos.
2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
3. Trastorno del humor (afectivo).
4. Trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
5. Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto.
6. Trastornos del comportamiento asociado a funciones fisiológicas y factores somáticos.
7. Retraso mental.
8. Trastorno del desarrollo psicológico.
9. Trastorno del comportamiento de las emociones de comienzo en la infancia y adolescencia.
10. Trastorno de conducta alimentaria.
11. Trastorno de los hábitos y control de impulsos.
12. En estudio
13. Sin trastorno.

- **Evaluación del egreso respecto del 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.

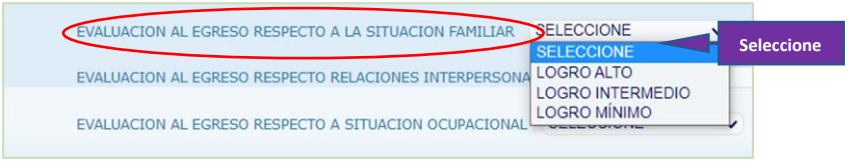
- Logro Alto
- Logro Intermedio
- Logro Mínimo



- **Evaluación al egreso respecto de la Situación Familiar:**

  Calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.

  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo



- **Evaluación del egreso respecto de las Relaciones Interpersonales:**

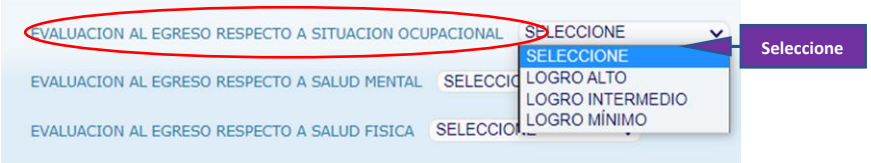
  Calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.

  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo

- **Evaluación del egreso respecto a la Situación Ocupacional:**

  Tipo de ocupación y nivel de inserción laboral. Se incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).

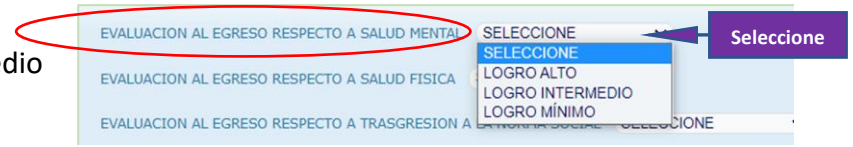
  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo



- **Evaluación del egreso respecto a Estado de Salud Mental:**

  Existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE–10

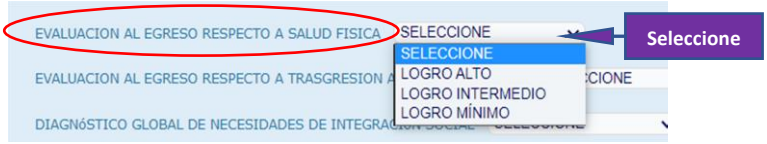
  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo



- **Evaluación del egreso respecto al Estado de Salud Física**

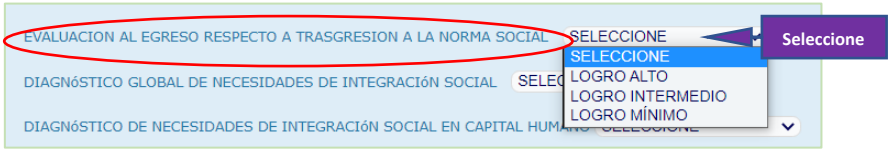
  Considera la existencia de algún problema de salud física asociado al consumo, como también el control de la natalidad, control del embarazo y sexualidad responsable.

  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo



- **Evaluación al egreso respecto a la transgresión a la norma social**

  - Logro Alto
  - Logro Intermedio
  - Logro Mínimo

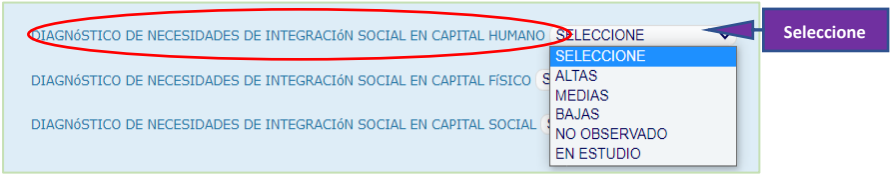


- **Diagnóstico global de necesidades de integración social**

  - Altas
  - Medias
  - Bajas
  - No observado

- **Diagnóstico de necesidades de Integración Social en Capital Humano**

  - Altas
  - Medias
  - Bajas
  - No observado



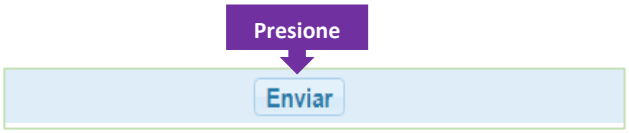
- **Diagnóstico de Integración Social en Capital Físico.**

  - Altas
  - Medias
  - Bajas
  - No observado

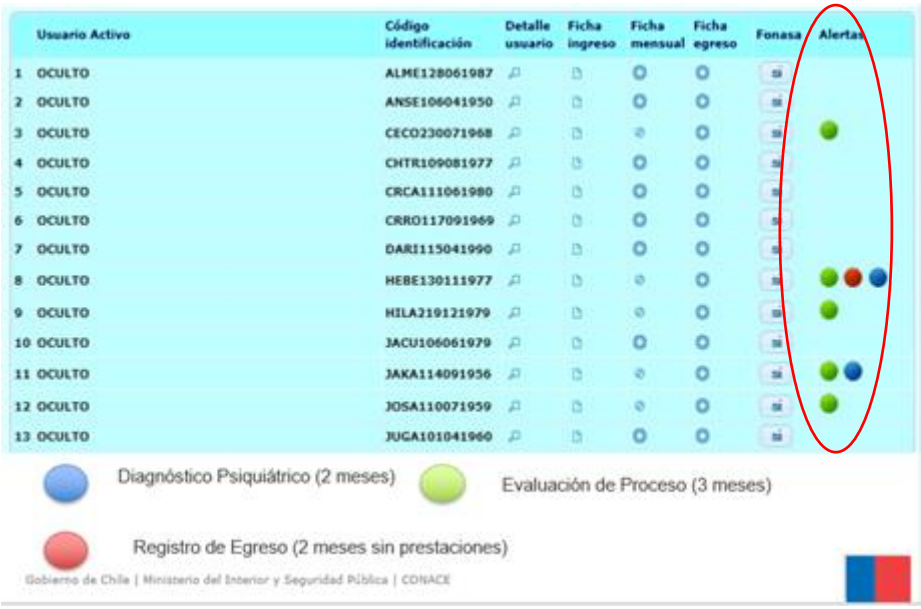
- **Diagnóstico de Integración Social en Capital Social.**

  - Altas
  - Medias
  - Bajas
  - No observado

Una vez completa la ficha de ingreso con todos los datos solicitados hacer clic en enviar

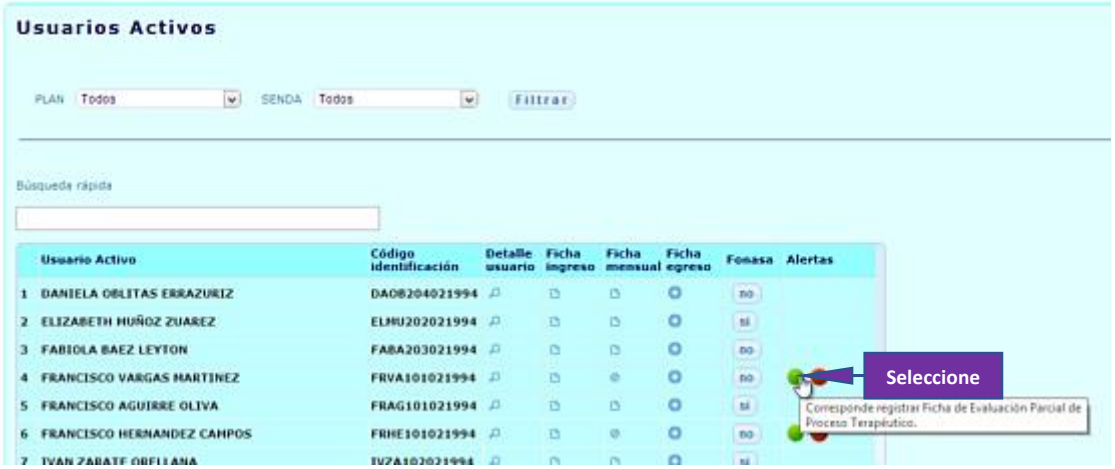


IV. SISTEMA ALERTAS SISTRAT



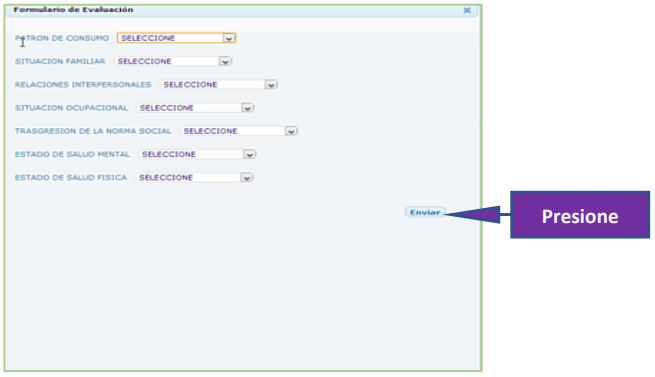
➢ Definición de las alertas

El sistema SISTRAT tiene distintos tipos de alertas que son un recordatorio que informan al equipo que tiene que cumplir cierta condición o realizar una acción, para que puedan continuar con el registro de las actividades de los pacientes, las alertas son tres de color rojo, verde, azul para saber de qué se trata cada alerta, simplemente se sitúa sobre la alerta y aparece un mensaje una leyenda



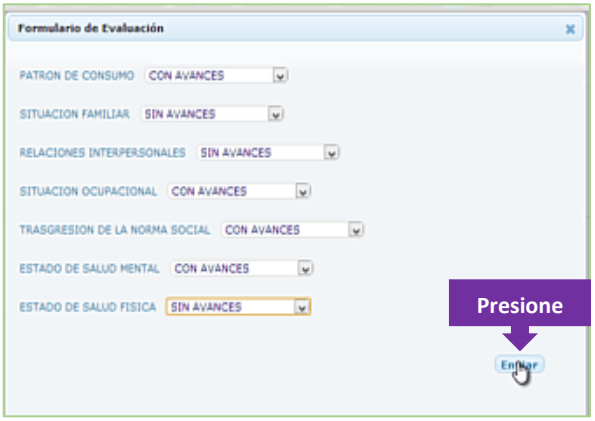
- **Alerta color verde :** corresponder a registrar la ficha de evaluación parcial del proceso terapéutico, es decir cuando un paciente ingresa al programa de tratamiento lo que corresponde es llenar un plan de intervención individual llamado PTI donde se establecen las metas, los objetivos, las estrategias y los plazos a

trabajar con el usuario, este plan de intervención individual se debe evaluar cada 3 meses técnicamente, y está alerta lo que hace es recordarle al equipo que, ya transcurrido 3 meses desde que ingresó al paciente o desde la última evaluación, corresponde que el equipo se detenga en conjunto con el usuario y su familia, y evalúan los avances o no avances respecto a su plan de la intervención individual, para completarla simplemente se hace clic en la esfera del color y se desglosa la siguiente pantalla:



- En relación del proceso y se van llenando las variables que indican
- **Patrón de consumo** hay que completar si hay o no avances y así en cada una de las dimensiones que aparecen acá, al completar presionar **"enviar"**

La definición de cada una de estas categorías está incluidas en el glosario SISTRAT y en las orientaciones técnicas de cada convenio

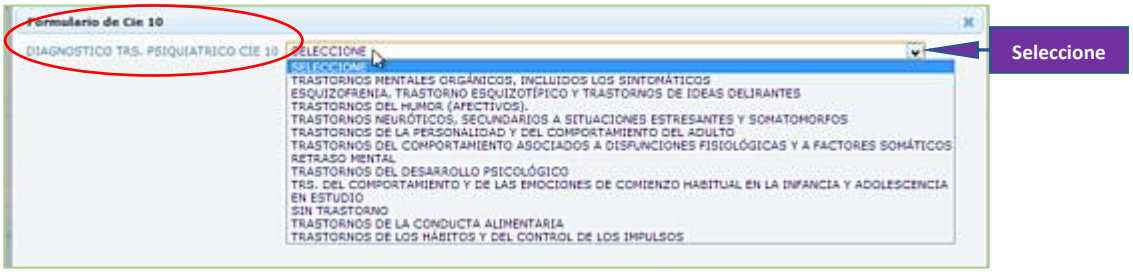


Al finalizar presionar enviar y aparecerá la siguiente pantalla clic en OK y **desaparece** automáticamente la **esfera color verde.**

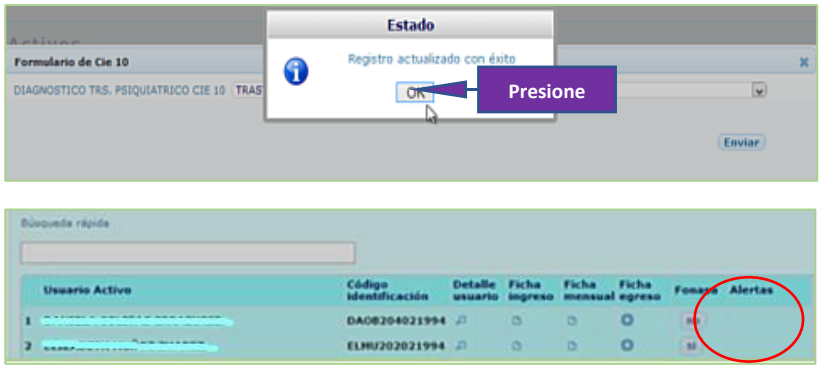
- **Alerta color azul:** está alerta se refiere a llenar el campo de trastorno psiquiátrico correspondiente al CIE10 en la ficha de ingreso, porque ya han transcurrido dos meses sin llenarlo.

  Se activa solo una vez y es para aquellos usuarios que se ingresó su diagnóstico psiquiátrico "en estudio", en la ficha de ingreso

Al presionar la esfera azul dice lo siguiente: **han transcurrido dos meses corresponde confirmar si existe diagnóstico trastorno psiquiátrico CIE10**, quiere decir que este usuario cuando ingresó al programa tratamiento, no tenía un diagnóstico claro todavía, por lo tanto el equipo tomó la decisión de dejarlo en estudio, el sistema te permite dejar en estudio pero transcurridos 60 días espera que el equipo ya tenga un diagnóstico o una confirmación diagnóstica de este paciente, por lo cual te recuerda que hay que llenarla en el sistema, si este paciente no tiene un trastorno psiquiátrico, simplemente se registra no tiene trastorno se hace clic acá:



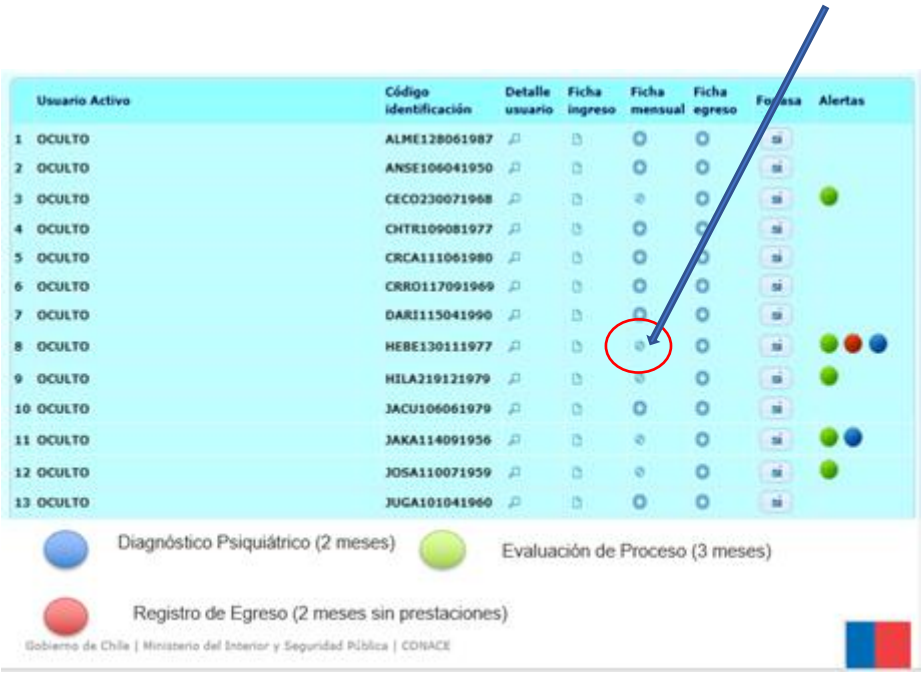
Diagnóstico trastorno psiquiátrico CIE 10 y se despliega las alternativas y se hace clic en el tipo de trastorno y presionar enviar aparecerá esta pantalla, dar el OK y la esfera de color azul desaparece



Alerta color rojo: Esta alerta se activa cuando **No** ha registrado prestaciones en 60 días, es decir el usuario lleva dos meses sin registro de prestaciones, en caso que haya egresado, completar la ficha de evaluación de egreso, de lo contrario desatienda esta alerta.

Esta alerta se creó para aquellos casos en que el paciente que ingresó al programa tratamiento lleva más de 60 días, es decir han pasado dos meses en que no se ha llenado ninguna prestación, no ha recibido ningún registro este usuario, entonces es posible que este paciente haya ingresado al programa tratamiento, por lo tanto está recordando que llene la ficha de ingreso, que se llena cuando el paciente se retira del establecimiento, pero puede ser que el establecimiento no haya querido llenar las prestaciones por otro motivo, por lo tanto si es así se desatiende esta alerta.

Es importante señalar que tanto la alerta verde, como la azul, si no se llenan se bloquea el pago si la ficha mensual aparece con este símbolo ⌀ (ver imagen) y no se puede llenar hasta que no se haya completado las alertas necesarias



Es relevante mencionar que la alerta roja, no bloquea ningún pago, ningún registro, solamente la alerta color verde y la alerta color azul.

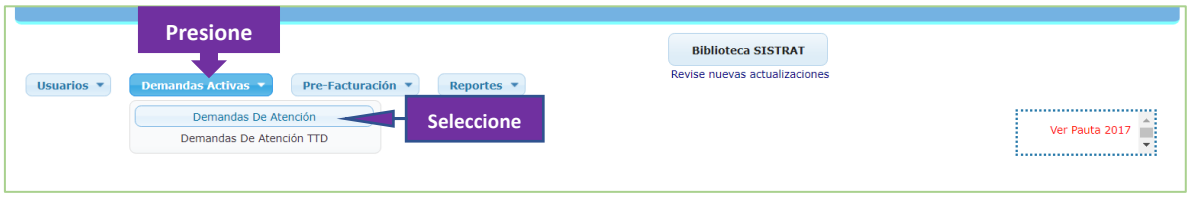
- **Alerta color negro:** Señala que no ha ingresado ficha TOP ***Perfil de Resultados del Tratamiento*** **(TOP, por sus siglas en inglés *Treatmemt Outcomes Profile*).**

  Es una ficha de monitoreo de resultados terapéuticos para personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol.

  Debe ser aplicado con el usuario por algún integrante del equipo de tratamiento y completado al inicio del tratamiento de cada usuario, para registrar una línea base de comportamiento en el mes previo a su aplicación. El seguimiento de los resultados debe ser registrado, como máximo, cada tres meses durante el tratamiento para capturar cambios conductuales. También debe ser completado al momento del egreso o alta del tratamiento y puede ser utilizado por algunos centros para medir resultados posteriores al alta.

- **Alerta color amarillo:** No ha registrado Ficha de Necesidades de Integración Social que tiene por objetivo recopilar información respecto de la condición de integración social de las personas usuarias, así como también, conocer cuáles son las principales necesidades que presenta la persona en su proceso de recuperación.

B. SECCIÓN DEMANDAS ACTIVAS



- **Demandas de Atención**
- **Demandas de Atención TTD**

"Antes de explicar el proceso, para una mejor comprensión haremos una descripción de La Ficha de Demanda"

I. FICHA DEMANDA

A. PROPÓSITO

Contribuir a mejorar la coordinación de la red de tratamiento en sus diferentes niveles, mediante un sistema centralizado de gestión de la información que permita la recepción en línea, validación y procesamiento de los datos, asegurando contar con la información que permita la gestión de la atención de las personas que demandan atención, con la mayor oportunidad posible. Para ello, es imprescindible, que cada centro o programa Tratamiento, registre todas las demandas recibidas, independiente de si estas terminan ingresando a tratamiento, lo anterior permitirá tener información real respecto de las brechas de atención en ese dispositivo o en la red territorial en que se encuentra.

B. OBJETIVO GENERAL

Implementar un sistema de medición de demanda de tratamiento por consumo problemático de sustancias en los centros en convenio SENDA, que genera estimaciones de longitudes de lista de espera, los tiempos de espera y las probabilidades de tratamiento de admisión de cualquier capacidad de tratamiento determinado.

➢ **Objetivos específicos:**

- Determinar la demanda efectiva de tratamiento de la población con consumo problemático de sustancias
- Caracterizar la demanda efectiva de tratamiento de la población con consumo problemático de sustancias
- Determinar posibles brechas existentes entre la demanda efectiva y la oferta real de tratamiento en los centros en convenio

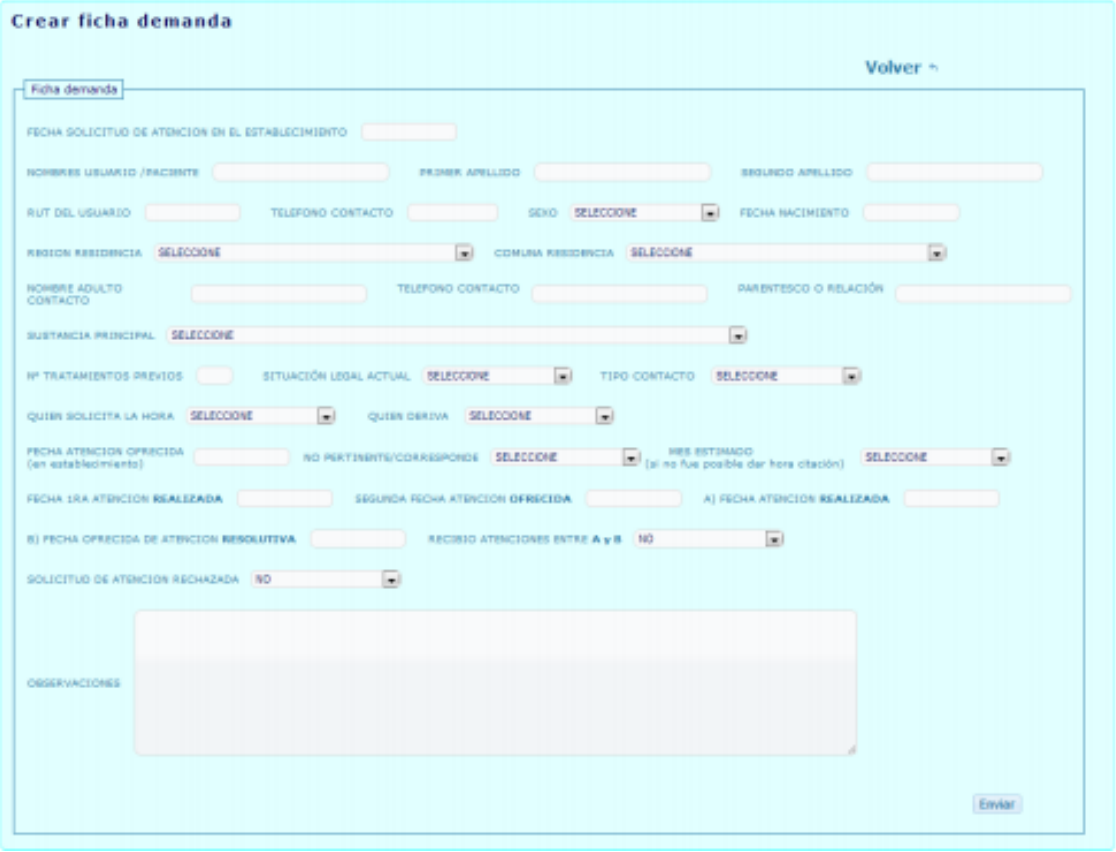
- Determinar la longitud de la lista de espera
- Estimar el tiempo de espera de las personas
- Estimar el tiempo de tolerancia de espera
- Estimar posibles barreras de acceso a la oportunidad de Tratamiento

➢ **Responsables:**

El responsable de ingreso de la información de las demandas realizadas. Esta persona debe contar con perfil de SISTRAT vigente y sus principales funciones son:

- Recolección Fichas
- Almacenamiento
- Análisis
- Reportes e Informes
- Supervisión y Seguimiento
- Aspectos Éticos

FIGURA MUESTRA FICHA DEMANDA EN SISTRAT



1. VARIABLES A INGRESAR

- **RUT** (primero indicar Rut), para despliegue de información.

  RUT de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

  Es importante resaltar que el RUT es editable hasta la fecha de ingreso al centro, no es editable una vez que se guarda la ficha de demanda por primera vez.

  Formato: 11.111.111-1

  Para los convenios de los programas: Adolescentes Infractores de Ley N° 20.084, Personas en Situación de Calle, Libertad Vigilada, Niños, Niñas y Adolescentes y Gendarmería de Chile, se debe permitir ingreso de DNI para migrantes con documentación no regularizada.

- **Nombre Usuario/Paciente**

  Nombre de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias, en el caso de las *personas trans*, debiera registrar su nombre social.

- **1er Apellido**

  Apellido paterno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

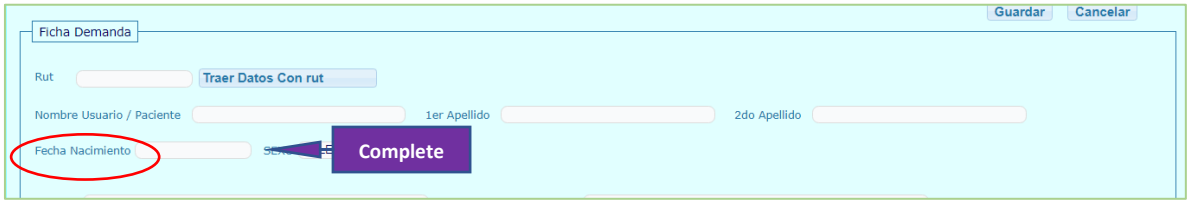
- **2do Apellido**

  Apellido materno de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

- **Fecha Nacimiento**

  Día, mes y año de nacimiento de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias.

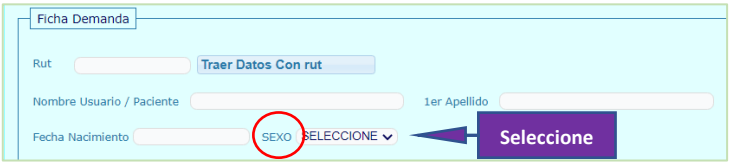
Es importante resaltar que la fecha de nacimiento debe estar acorde con los requisitos particulares de cada programa.



- **Sexo**

Sexo de la persona que presenta el problema de consumo de sustancias

➢ Hombre
➢ Mujer
➢ Intersexual



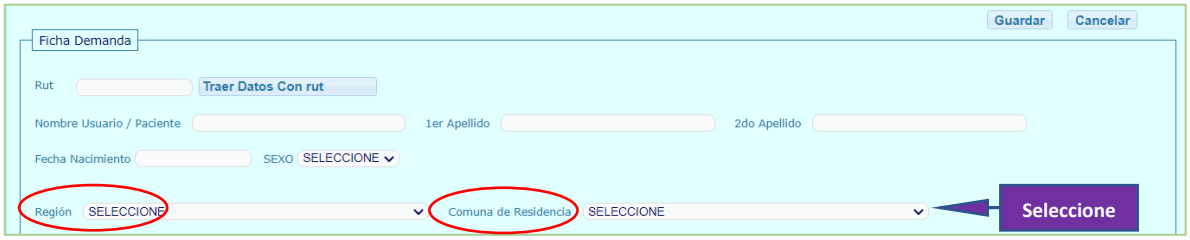
- **Mujer gestante y/o puerpera**

Solo si se selecciona en el paso anterior "Mujer", se despliega esta opción.

➢ SI
➢ No

- **Región y Comuna Residencia (últimos 30 días)**

Lugar donde vivió la mayor parte de los días en los últimos 30 días previos a la consulta. Si la persona se encuentra o encontraba durante ese período en un centro privativo de libertad, considere los 30 días antes de ingresar al recinto privativo.



- **Teléfono Contacto**

Teléfono de contacto principal que permita ubicarlo, pueden ser el de la persona misma, de un familiar, trabajo, etc.

- **Teléfono Familiar u otro significativo**

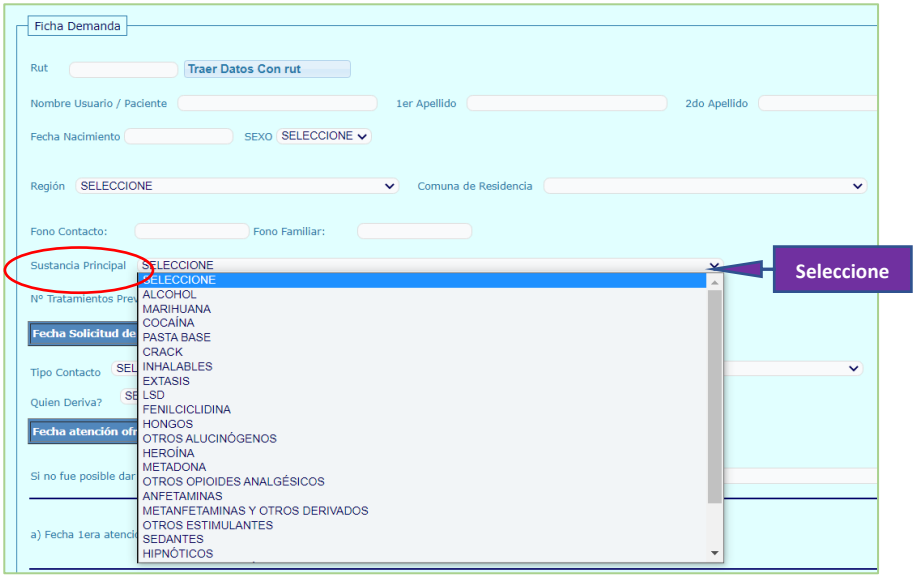
Teléfono de contacto de un familiar u otro responsable, que permitan ubicarlo.

- **Sustancia Principal (Ver figura)**

Se refiere a la sustancia que principalmente motiva la consulta.

➢ Alcohol (cerveza, vino, licores, destilados, etc.)
➢ Marihuana (cannabis, pitos, hierba, hashish, etc.)

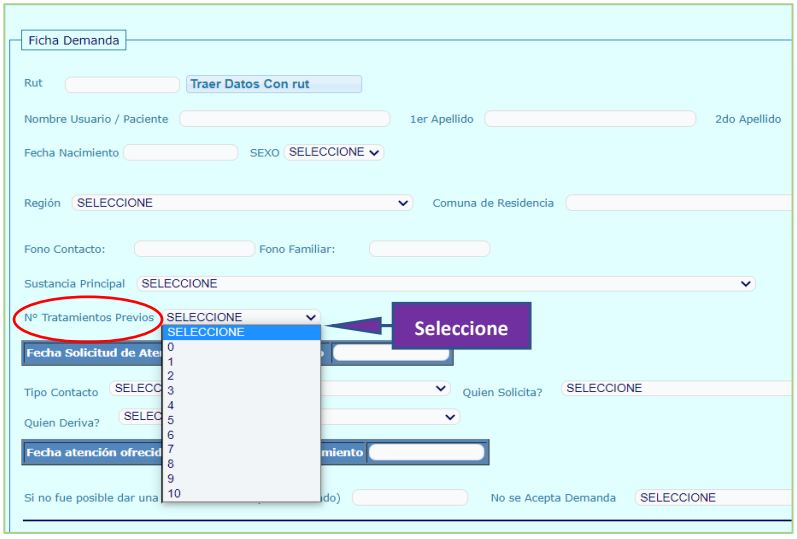
- Cocaína
- Pasta base
- Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/diazepam, Ravotril/Clonazepam, Alprazolam, Amparax/Lorazepam, Zopiclona, Dormonid/Midazolam, chicota/ flunitrazepam, etc.)
- Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, cristal, etc.) Opiáceos (codeína/jarabes, Tramal/Tramadol, morfina, metadona, heroína, petidina, etc.)
- Inhalantes (neoprén, gasolina/bencina, pegamentos, solventes, popper, aerosoles, etc.)
- Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, peyote, ketamina, PCP, etc.)
- Otros - especifique: (por ejemplo, relajantes/sedantes, modafinilo/Mentix, esteroides, anabólicos, etc.)



- **Número de tratamientos previos**

Respuesta a la siguiente pregunta "¿Cuántas veces ha sido tratado usted por su consumo de alcohol o drogas?"

Tratamiento: dentro o fuera del convenio, incluida corta estadía, consejería como paciente interno o externo, y A.A. (si asistió a 3 o más reuniones durante el período de un mes).

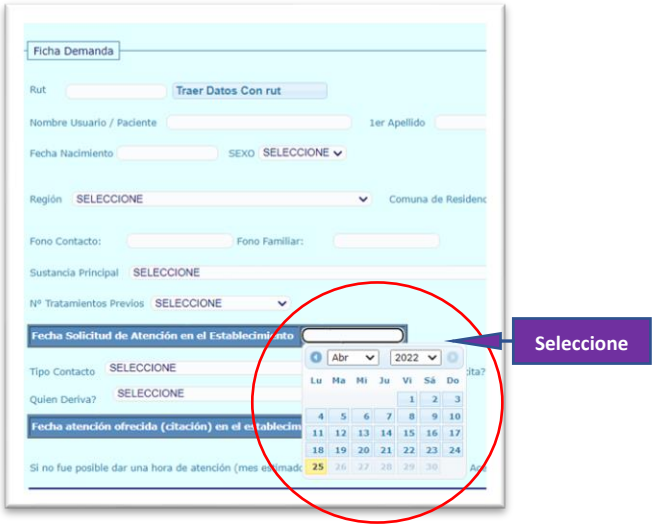


- **Fecha Solicitud de Atención en el Establecimiento**

  Día/Mes/Año en que se solicita la atención para tratamiento***. Es relevante destacar que una vez que se asigna la fecha de atención, esta no es editable***

  Existen casos en que los centros de tratamiento, para asignar una hora solicitan ciertos requisitos, como parte de su política interna, por ejemplo, una hoja de interconsulta, un informe de evaluación, que la persona asista personalmente, etc. En estos casos la fecha de solicitud de atención corresponderá a la fecha en que el centro recibe la solicitud con los requisitos necesarios para poder darle una hora de atención al usuario.

  Esto es más frecuente en los casos de Derivación o Referencia desde Salud, Justicia u otra Institución, donde la fecha de solicitud corresponderá a la Fecha en que el centro Recepciona la Derivación, por ejemplo, cuando recepcionó la hoja de derivación, o el oficio.



Ejemplo 1:

El centro A llama por teléfono al centro B para derivar un paciente y solicitar hora, sin embargo, el centro B, le indica que debe primero enviar una interconsulta escrita, y que sólo una vez recepcionado el documento podrá asignarle una hora al paciente. En este caso la fecha de solicitud será el día/mes/año en que llega la interconsulta, no el día en que llamó el centro ni la fecha de emisión de la interconsulta. Es decir, hasta que no se cumpla con la exigencia del centro B, no se considera demanda real para el centro, pues no es responsabilidad del centro B el tiempo transcurrido entre el llamado telefónico y la entrega de la interconsulta, sino del centro A.

Ejemplo 2:

Si el centro A llama por teléfono al centro B para derivar un paciente y solicitar hora, y el centro B, estima que con la información proporcionada está en condiciones de asignarle una hora, en este caso el día/mes/año en que se realizó el llamado será la fecha de atención solicitada.

Ejemplo 3:

Si el mismo usuario, o un familiar llaman por teléfono para pedir una hora al centro B, y este requiere que asista el propio paciente para asignarle la hora o atenderlo, en ese caso, sólo cuando llegue la persona al centro se considerará demanda real y será la fecha en que asista al centro la que se registre como fecha de atención solicitada y no cuándo llamó al centro B.

- **Tipo de Contacto**

Se refiere a si la solicitud de atención en el centro de tratamiento fue de manera:

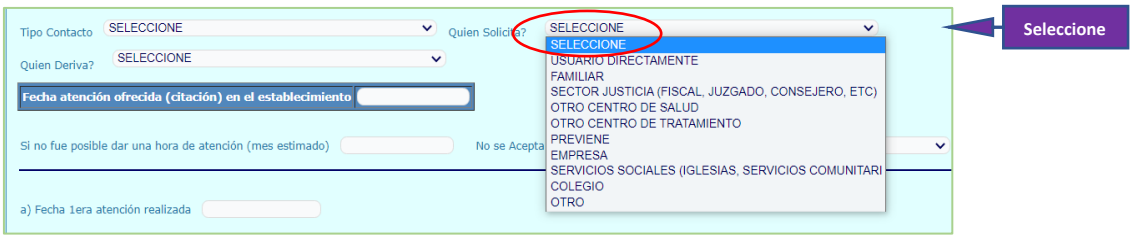
- ➢ Presencial
- ➢ Telefónica
- ➢ Digital (email o a través de la Web)
- ➢ Otro

- **Quién Solicita la Hora**

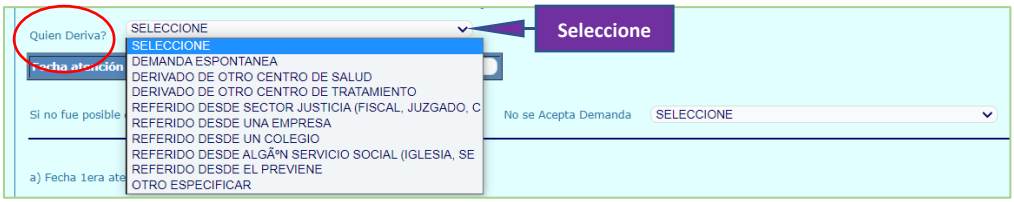
Se refiere a quién solicita la hora en el establecimiento:

- ➢ El usuario directamente
- ➢ Un familiar

- ➢ Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
- ➢ Otro centro de Salud,
- ➢ Otro centro de Tratamiento
- ➢ Previene
- ➢ Empresa
- ➢ Servicios Sociales (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
- ➢ Colegio
- ➢ Otro Especificar



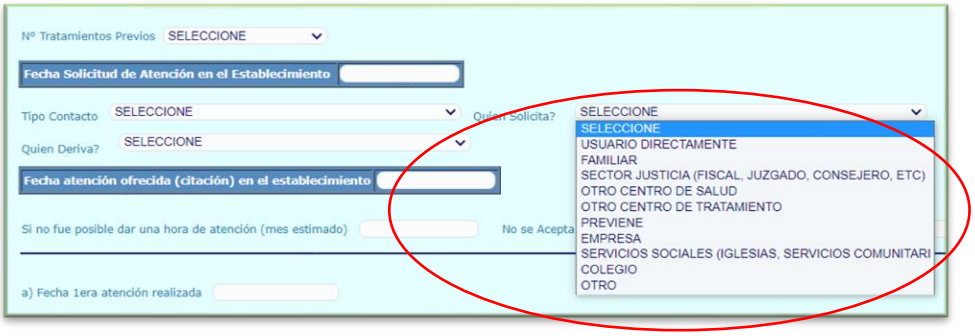
- **¿Quién Deriva, Cómo acude al establecimiento en busca de tratamiento?, Hace referencia a la persona o institución en la cual se origina la demanda de atención, señalar si llega por:**
  - ➢ Demanda Espontánea
  - ➢ Derivado de otro centro de Salud
  - ➢ Derivado de otro centro de Tratamiento
  - ➢ Referido desde el Sector Justicia (fiscal, juzgado, consejero, etc.)
  - ➢ Referido desde una Empresa, Colegio, etc.
  - ➢ Referido desde un Colegio
  - ➢ Referido desde algún Servicio Social (iglesia, servicios comunitarios, etc.)
  - ➢ Referido desde el Previene
  - ➢ Otro Especificar



En el caso del Convenio de Niñas Niños y Adolescentes : Establecimiento de Atención Primaria (Centro de Salud Familiar, Centro Comunitario de Salud Familiar, Centro de Salud Rural, Posta Rural, Hospital Comunitario y Familiar, otro), Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM, CESAM, CESAMCO, otro)

Nota: La pregunta ¿**Quién Solicita la Hora? y ¿Quién Deriva?** pueden parecer muy similares, pero la diferencia está en que la primera se refiere a quién es la persona o institución que toma contacto directamente con el establecimiento de tratamiento,

mientras que la segunda está dirigida a conocer quién genera la solicitud. Por ejemplo, una persona puede ser derivada a solicitud de un profesional del consultorio, pero quien hace el pedido de hora es el familiar del usuario o el usuario mismo.

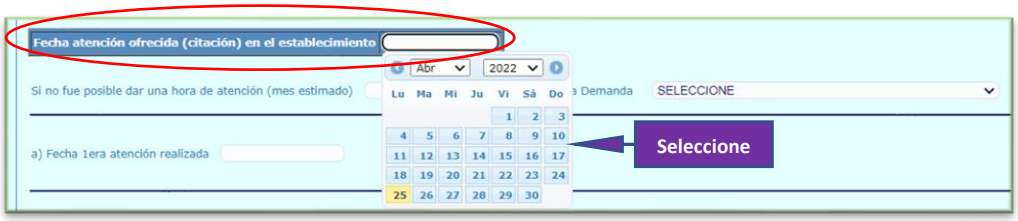


- **Fecha de Atención Ofrecida (citación) en el Establecimiento**

  Se refiera a la fecha en que se le atenderá en el programa de drogas, puede ser llenada con posterioridad a la fecha de solicitud de atención.

  Formato: dd/mm/aaaa

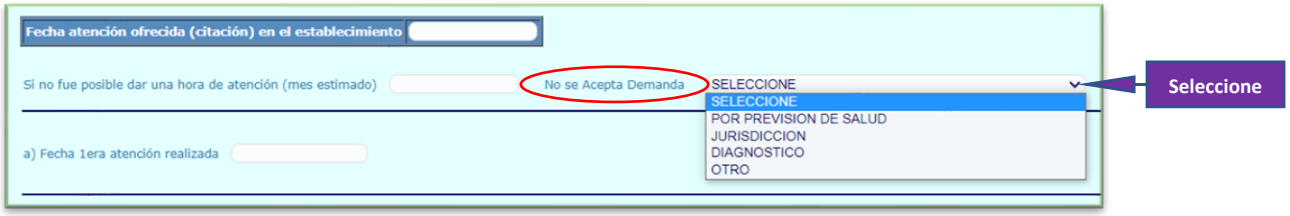
  "No editable una vez ingresada y guardada la información. No debe ser posterior a la fecha actual"



- **No se acepta la demanda**

  Cuando no es posible darle una hora de atención porque la solicitud no es pertinente o no corresponde al perfil de atención del centro, o porque no cumple con las exigencias técnicas o administrativas del establecimiento. En dichos casos, se deberá seleccionar una de las siguientes opciones:

  1. Previsión de Salud (Sólo atienden FONASA) Esto es solo en el caso de del convenio SENDA MINSAL, los otros convenios no requieren de alguna previsión particular
  2. Jurisdicción (La persona está inscrita en otro consultorio)
  3. Diagnóstico (El perfil o complejidad del usuario excede las competencias del centro)
  4. Otros (Cualquier situación que haga imposible la entrega de la hora)

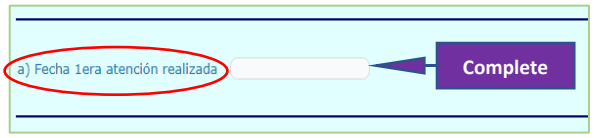


- **Fecha 1ra Atención Realizada**

  Se refiere a la fecha en que la persona recibe la primera atención de salud en el programa de tratamiento. Independientemente si corresponde a la fecha de atención ofrecida (por ejemplo, el usuario pudo haber faltado a la primera citación y reagendar una segunda hora). Aquí lo que importa es saber si la persona recibió atención y cuándo. Esta fecha puede ser llenada con posterioridad a la fecha de solicitud de atención.

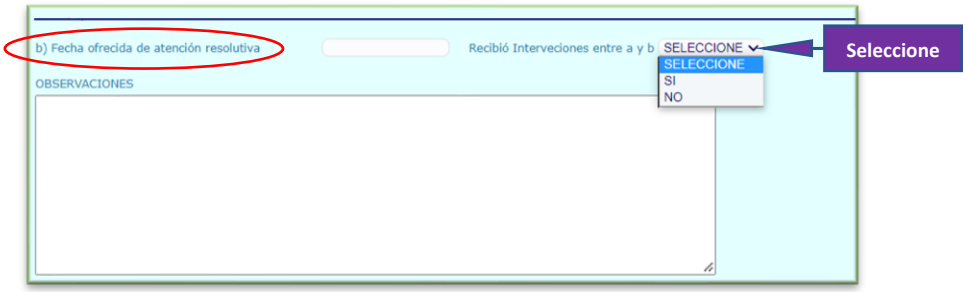
  Formato: dd/mm/aaaa

  "No editable una vez ingresada y guardada la información. No debe ser anterior a la fecha de solicitud de atención en el establecimiento ni anterior a la fecha de atención ofrecida"

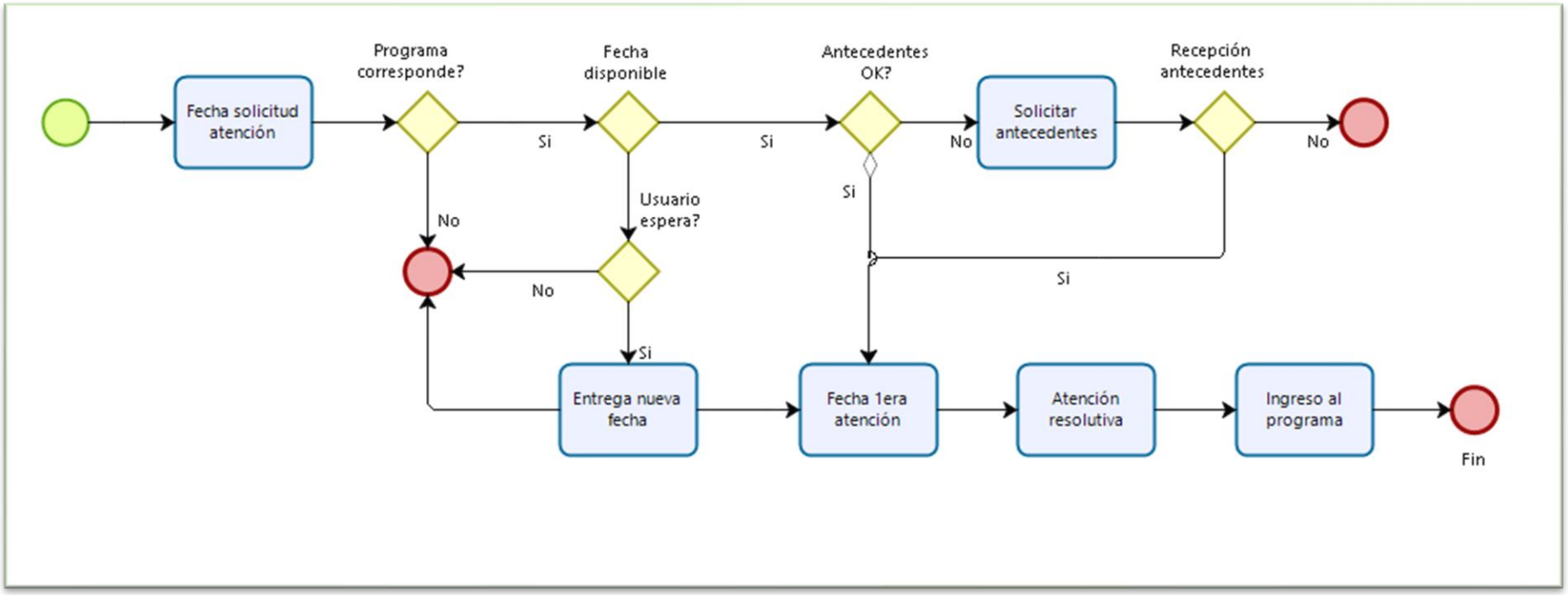


- **Fecha Ofrecida de Atención Resolutiva**

  Fecha (día/mes/año) en que se le ofrece al usuario la primera atención que mejor corresponde a su problemática. Por lo general coincide cuando ingresa formalmente al programa de tratamiento, por ejemplo, cuando se firma el consentimiento informado o cuando finaliza el proceso de evaluación y la persona tiene acceso a una cama en un centro residencial. En algunos casos es posible que esta fecha coincida con la fecha de atención ofrecida y/o con la fecha de la primera atención realizada.



FLUJOGRAMA DE LA DEMANDA



V. FICHA TOP *Perfil de Resultados del Tratamiento* (TOP, por sus siglas en inglés *Treatmemt Outcomes Profile*).

El TOP es una herramienta que permite a los equipos de tratamiento realizar un seguimiento de los avances terapéuticos de sus usuarios, 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, es decir es una nueva de monitoreo de resultados terapéuticos para personas mayores de 16 años que ingresan a un programa estructurado de tratamiento producto de su consumo problemático de drogas y/o alcohol.

El instrumento como no es autoaplicable debe ser aplicado con el usuario por algún integrante del equipo de tratamiento y debe ser completado al inicio del tratamiento de cada usuario, para registrar una línea base de comportamiento en el mes previo a su aplicación. El seguimiento de los resultados debe ser registrado, como máximo, cada tres meses durante el tratamiento para capturar cambios conductuales. También debe ser completado al momento del egreso o alta del tratamiento y puede ser utilizado por algunos centros para medir resultados posteriores al alta.

II. Completar ficha TOP

En esta sección trataremos el cómo completar el TOP, sección por sección. Debe intentar realizar el cuestionario completo. No deje ningún recuadro azul en blanco, ingrese “NA” si el usuario se niega a contestar la pregunta o, después de intentarlo, no puede recordar

A. Información Administrativa

Al iniciar el TOP, ingrese:

- Su nombre
- Fecha de aplicación
- Etapa en la que el TOP está siendo completado: Ingreso, En Tratamiento, Egreso o Seguimiento.

Nota: Recuerde que el TOP es una fuente importante de información de sus usuarios, por lo que debe mantenerse en su ficha. Escribir su nombre es importante, esto une al usuario con usted, es decir, con su entrevistador. Esto personaliza el TOP cuando se recupera y compara con una evaluación posterior.

B. Sección 1: Uso de sustancias

Tabla: Sección 1 del TOP

Sección 1: Uso de Sustancias

Registrar la Cantidad promedio de uso de sustancias consumidas en las ultimas 4 semanas.

	Todos Ceros	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total	No Responde
a. Alcohol	☐	Tragos/día	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
b. Marihuana	☐	Pitos/día	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
c. Pasta Base	☐	Papelillos/día	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
d. Cocaína	☐	Gramos/día	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
e. Sedantes o Tranquilizantes	☐	Comprimidos	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
f. Otra sustancia problema	☐	Medida/día	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R

Nombre otra sustancia..... Unidad de Medida.....

La primera sección de la evaluación se muestra en la tabla 1. Como puede ver es un pequeño resumen de uso de diferentes sustancias en las últimas cuatro semanas. La última semana corresponde a la semana más cercana a la fecha de aplicación, es decir la semana previa a la entrevista, mientras que la semana 1 corresponde a la más alejada de la fecha de aplicación del TOP. Su misión al completar la primera sección es ayudar al usuario a que recuerde este periodo, y específicamente que recuerde:

1. El número de días que usó, en cada semana, las sustancias presentadas y, de ser necesario, alguna otra sustancia problemática. (Puntaje de 0 a 7).
2. La cantidad promedio (volumen o cantidad) usada en un día típico de consumo durante este periodo.

Nota: El espacio dejado para "otra sustancia problema" no debe incluir tabaco y pueden ser sustancias no recetadas o ilícitas, y que el usuario relacione con problemas de salud, sociales y/o legales. Es necesario registrar de manera específica la unidad de medida utilizada para dicha sustancia (por ejemplo, gramos, comprimidos, etc.).

La información que usted obtenga es importante para el plan de tratamiento del usuario y como indicador de progreso durante el tratamiento.

1. ¿Cómo completar la primera sección? Recordar los días de consumo

- La sección comienza con alcohol y finaliza con alguna otra sustancia problema. Aquí usted podría preguntar por el consumo de alcohol mostrando el calendario al usuario:

  "Primero que todo, veamos cuán a menudo usted ha consumido alcohol en las últimas cuatro semanas. ¿Consumió alcohol en este tiempo?"

- Si el usuario dice que no – y usted corroboró que haya una total abstinencia – continúe con marihuana. Pero si el usuario declara haber consumido alcohol, usted puede decir:

"Veamos juntos las fechas en que consumió. Quizás podemos empezar con la semana más reciente. ¿Cuántos días diría usted que bebió durante esta semana?"

- Marque en el calendario cada día de la semana 4 (última semana) que el usuario reporte haber consumido alcohol. Use la letra "A" y escriba esta letra en cada día. Corrobore que no hubo consumo durante los días que quedaron en blanco.

  "Veamos ahora la semana previa a la que revisamos, ¿usted consumió alcohol en este periodo?

- Registre los días de consumo con una "A", tal como lo hizo en la semana anterior, y continúe con las primeras dos semanas. Si el usuario ha recordado el mismo patrón para las primeras dos semanas registradas, usted puede preguntar:

  "¿Así que esta semana fue más o menos similar?" Recuerde profundizar en las fechas importantes para el usuario, pues en éstas es más probable el consumo.

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas

	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	tragos/día	5 0-7	4 0-7	2 0-7	5 0-7	16 0-28

Si el usuario tiene dificultades para estimar el número de bebidas, considere el punto medio. Por ejemplo, si el usuario dice: "No estoy seguro si bebí tres o cuatro", registre "3.5" como un promedio.

Tabla: Ejemplo de un patrón de consumo registrado en el formulario del TOP

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas.						
	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	3.5 tragos/día	5 0-7	2 0-7	4 0-7	5 0-7	16 0-28

2. Completar el resto de la sección 1

Una vez que usted ha dominado el método para completar el número de días de consumo de alcohol y el monto promedio de la cantidad consumida, simplemente debe utilizar el mismo método para completar el número de días de consumo de:

- Marihuana
- Pasta Base
- Cocaína
- Sedantes o Tranquilizantes
- Otras sustancias problema

Consideremos como ejemplo los sedantes o tranquilizantes. En este caso nos referimos a sedantes o tranquilizantes consumidos sin prescripción médica.

Los principales ejemplos de tranquilizantes son:

- Clonazepam, ravotril o valpax.
- Alprazolam, zotrán, ativán o adox.
- Lorazepam o amparax.
- Valium o diazepam.
- Clorodiacepóxido.
- Bromacepam.
- Dormonit o midazolam.
- Zoplicona, zolpidem o sommo.
- Rohypnol, Flunitracepam, chicota o Ipnopen.

Usted debe identificar todos los sedantes o tranquilizantes consumidos por el usuario sin prescripción médica, o que aun siendo prescritos *se hayan tomado por motivos distintos a los que fueron indicados o los tomados con mayor frecuencia o a dosis más altas a las prescritas*

Una vez que ha obtenido esta información, registre el consumo diario en el calendario. Es importante recalcar que se debe registrar aquel consumo que se ha realizado sin receta médica, con receta médica no vigente al momento del consumo y/o con receta médica a nombre de otra persona.

- Si en un día se ha consumido más de un tipo de tranquilizante sin prescripción médica, regístrelo como un solo consumo. Consideremos el ejemplo del clonazepan, ravotril o valpax, lo primero que se debe hacer es mirar el calendario con el usuario y decir:

  "Ahora revisaremos el consumo de tranquilizantes o sedantes sin receta médica, comenzaremos con el clonazepan, ravotril o valpax. ¿Usted ha consumido alguno de estos medicamentos sin receta médica durante las últimas cuatro semanas?"

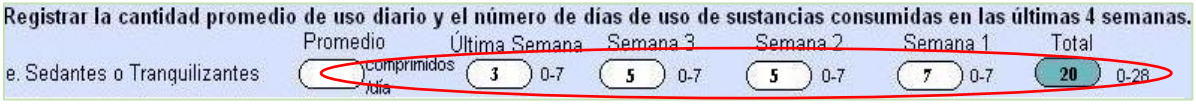
- Si el usuario dice que no ha consumido clonazepan, ravotril o valpax, entonces pase a alprazolam, zotrán, ativán o adox. Pero, si el usuario reporta consumo, realice exactamente el mismo procedimiento que el utilizado para alcohol.

  "Miremos nuevamente las fechas. Puede empezar con la semana más reciente. ¿Cuántos días diría usted que utilizó clonazepan, ravotril o valpax en las últimas cuatro semanas?"

- Marque en el calendario cada día de la semana en que el usuario reportó consumo de clonazepan, ravotril o valpax, use la letra "T" e ingrésela en cada día que corresponda. Corrobore que los días en blanco son efectivamente de abstinencia. Si el usuario ha mantenido el mismo patrón en las primeras dos semanas, usted puede preguntar: "¿Así que en esta semana hubo más o menos el mismo comportamiento?"
- Recuerde investigar las fechas importantes para el usuario, ya que puede haber una mayor propensión al consumo en estos periodos.
- Realice el mismo procedimiento para las otras sustancias clasificadas dentro de los tranquilizantes o sedantes.
- Complete la información en el calendario que ya usó para el alcohol, la figura 6 muestra el calendario que ejemplifica el uso de tranquilizantes de este usuario, y su correspondiente ingreso en el formulario del TOP.
- Después de completar el número de tranquilizantes o sedantes consumidos, usted necesita pedirle al usuario estimar cuántos tranquilizantes consumió en un día típico de consumo. Haga una pregunta similar a:

  "Durante las últimas cuatros semanas, ¿puede estimar cuántos tranquilizantes o sedantes consumió en un día típico de consumo?"

Esta información es importante para la evaluación del usuario. El mejor consejo es dejar que el usuario conteste libremente en términos de unidad de medida de consumo, y luego hacer la transformación de acuerdo a la información disponible.



El procedimiento para el resto de las sustancias consideradas en el cuestionario es exactamente el mismo, usted puede usar las siguientes letras para el registro en el calendario: M (marihuana), P (Pasta Base) y C (Cocaína). Para Cocaína se recomienda que la unidad de medida sea los gramos consumidos y para marihuana se recomienda que la unidad de medida sea el número de cigarros (pitos) consumidos, pero usted puede preguntarlo de la manera que le resulte más apropiado.

Nota: En cada semana ingrese "0" (cero) en el formulario del TOP cuando haya abstinencia de dicha sustancia.

- Complete la sección 1 registrando los días y montos consumidos para alguna otra sustancia problema. Usted podría corroborar esto preguntando:

  "¿Hay alguna otra sustancia que haya consumido en las últimas cuatro semanas, que le hayan provocado preocupaciones o problemas con su salud u otros aspectos de su vida?"

- Si el usuario reporta que hay consumo de otra sustancia, escriba el nombre de esta sustancia en el espacio ubicado en la parte inferior de la sección 1 (letra g) del formulario, complete el nombre, unidad de medida considerada, número de días de consumo y el monto promedio utilizado en un día típico de consumo.

C. Sección 2: Transgresión a la Norma Social

La segunda sección del TOP se muestra en la tabla 8. La sección consta de 5 preguntas, y reporta información sobre las formas más típicas de transgresión a la norma social, las cuales son: hurto, robo, venta de drogas, riñas y violencia intrafamiliar. Las últimas dos preguntas tienen el formato de días en las últimas cuatro semanas, mientras que las otras tienen un formato de respuesta de "sí" o "no". Adicionalmente se incorpora la opción de Otros, para poder registrar cualquier otra conducta transgresora que el usuario declare.

Nota: Las conductas registradas no sólo se refieren a aquéllas por las que el usuario ha sido detenido, formalizado, investigado o condenado, si no a todas aquéllas que el usuario ha cometido.

Tabla: Sección 2 del TOP

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

a. Hurto			Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	
b. Robo			Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	
c. Venta de Droga			Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	
d. Riña			Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	
	Todos Ceros	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total		No Responde
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato fisico o psicológico)	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28		☐ N/R
f. Otra Acción			Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	

Esta sección requiere de especial atención en lo relativo a la confidencialidad, es necesario tranquilizar al usuario en este aspecto, para esto podrían ser parafraseadas las siguientes palabras:

"Le voy a preguntar algunos comportamientos de las últimas cuatro semanas que tienen relación con transgresiones a las normas sociales. Es probable que usted tenga reparos relacionados con la confidencialidad, por lo que quiero recalcar que la información que obtenemos es usada sólo para evaluar los cambios en el tiempo relacionados con esta área. No lo preguntaré detalles, sólo información de cuán a menudo ha realizado ciertas acciones."

1. Preguntas sobre hurto, robo y venta de drogas

Los cinco primeros ítems de esta sección tienen un formato de respuesta de "sí" o "no" para registrar información sobre algunas transgresiones a la norma social: hurto, robo, venta de drogas, Riñas o Violencia Intrafamiliar (como agresor).

- Para completar el recuadro azul debe verificar si el usuario contestó "sí" en alguno de los ítems incluidos entre el 2(a) y 2(d), en este caso se debe registrar "S" en el casillero. A continuaciones algunas definiciones:

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

a. Hurto	Sí ○	No ○	N/R ○	➡ "S" o "N"
b. Robo	Sí ○	No ○	N/R ○	➡ "S" o "N"
c. Venta de Droga	Sí ○	No ○	N/R ○	➡ "S" o "N"
d. Riña	Sí ○	No ○	N/R ○	➡ "S" o "N"

- **Hurto:** Apropiación de cosa mueble ajena, sin voluntad de su dueño, con ánimo de lucrar y sin que concurran violencia o intimidación en las personas, ni ciertas formas de fuerza en las cosas. Por ejemplo, robar una billetera sin que la persona se dé cuenta, o si la persona encuentra una cosa al parecer perdida y no la entrega a su dueño o a la autoridad, o el hurto en supermercados (Mecheros), etc.

- **Robo:** Algunas clasificaciones al respecto:
  - Robo con sorpresa: Consiste en el arrebato súbito o imprevisto de una cosa que la víctima lleva consigo, cuya rapidez suspende la reacción de la víctima y la priva de reaccionar. Por ejemplo el "lanzazo"
  - Robo con fuerza: Es una acción de apoderamiento sin violencia, al igual que el hurto, pero que requiere del uso de fuerza para vencer las defensas o resguardos de las cosas, la cual debe emplearse en el momento de la sustracción del objeto. Por ejemplo, robo de accesorios u objetos de o desde vehículo, robo de un vehículo motorizado, robo en lugar habitado o no habitado.
  - Robo con Violencia: se incorpora, además del daño a la propiedad, un elemento de daño o peligro cierto para la seguridad y la integridad de las personas. Se usa fuerza material (violencia) o fuerza moral (intimidación) en el robo.

- **Venta de drogas:** se refiere a la venta ilícita de sustancias estupefacientes, pasta base, cocaína, pitos de marihuana, etc. (Dealer).

A continuación, se presentan algunos ejemplos de cómo podría preguntarse las acciones anteriores:

"Comencemos con hurto ¿Ha cometido algún hurto en las últimas cuatro semanas?"

"¿Ha vendido algún tipo de drogas en las últimas cuatro semanas?"

2. Preguntas sobre riña y violencia intrafamiliar

- **Riña:** comportamientos violentos en los cuales participan varias personas, que pueden ocasionar lesiones en uno o más de los involucrados. Por ejemplo, peleas callejeras, con o sin armas, etc.

- **Violencia Intrafamiliar:** Se debe indagar en episodios de violencia en el que el usuario entrevistado sea el que ejerza la violencia como agresor. Se entiende por Violencia Intrafamiliar a todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida anteriormente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.

Los ítems 2(e) y 2(f) tienen un formato de número de días en las últimas cuatro semanas, el cual ya fue utilizado en la primera sección del instrumento.

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

	Todos Ceros	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total	No Responde
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato físico o psicológico)	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
f. Otra Acción		Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	

- Para contestar esta sección, se recomienda mostrarle el calendario al usuario:

  "Comencemos con las riñas ¿Ha participado en riñas en las últimas cuatro semanas?"

- Si el usuario indica que no, continúe con violencia intrafamiliar, por el contrario, si dice que sí, debe utilizar el procedimiento estándar.

  "Miremos las fechas, podemos empezar con la semana más reciente. ¿Cuántos días usted diría que participó en riñas?"

- Marque en el calendario cada día de la semana de la última semana en que el usuario reporta haber participado en alguna riña. Puede ingresar la letra "R" para registrar estas situaciones.

  "Y en la semana previa a la última ¿participó en alguna riña?"

- Registre los días en que el usuario participó en alguna riña y continúe así con las otras semanas. Luego ingrese el total por semana en la sección 2(f) del formulario del TOP, y complete el recuadro azul con la suma de todas las semanas.

- La sección 2(g) se completa exactamente igual que la 2(f), en este caso se debe consultar sobre episodios de violencia intrafamiliar, considerando tanto la violencia física como la psicológica.

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

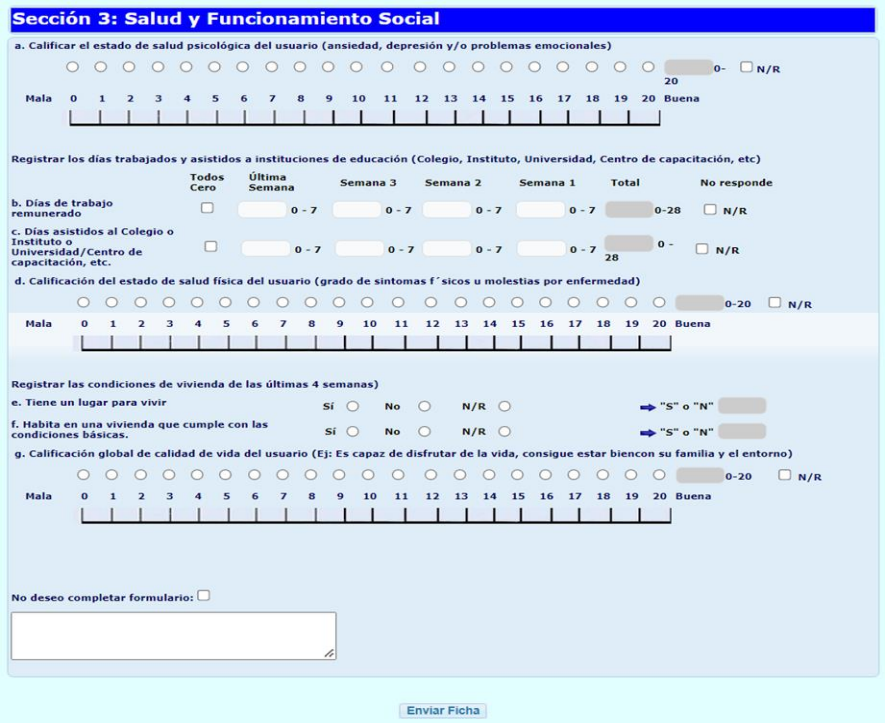
Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

	Todos Ceros	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total	No Responde
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato físico o psicológico)	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R
f. Otra Acción		Sí ○	No ○	N/R ○		➡ "S" o "N"	

D. Sección 3: Salud y funcionamiento social

La tercera y última sección del TOP se muestra en la tabla 3

Tabla: Sección 3 del TOP



Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena — 0-20 — N/R

Registrar los días trabajados y asistidos a instituciones de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc)

	Todos Cero	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total	No responde
b. Días de trabajo remunerado	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0-28	☐ N/R
c. Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad/Centro de capacitación, etc.	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de sintomas f´sicos u molestias por enfermedad)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena — 0-20 — N/R

Registrar las condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas)

e. Tiene un lugar para vivir — Sí ○ No ○ N/R ○ → "S" o "N"

f. Habita en una vivienda que cumple con las condiciones básicas. — Sí ○ No ○ N/R ○ → "S" o "N"

g. Calificación global de calidad de vida del usuario (Ej: Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar biencon su familia y el entorno)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena — 0-20 — N/R

No deseo completar formulario: ☐

Enviar Ficha

La sección 3 contiene un conjunto de ítems de salud, calidad de vida, trabajo o estudios, y vivienda. En la presente sección existe una mezcla en los formatos de respuesta, por lo que es de especial importancia que tenga cuidado al momento de llenar el formulario.

1. Introduciendo la sección 3

Puede abordar la sección final de la siguiente manera:

"Estamos cerca de terminar la evaluación del TOP. Ahora tengo un conjunto importante de preguntas para usted, las cuales tienen relación con su salud y su vida en general. Las respuestas que me entregue son muy importantes para ver su situación y qué es necesario mejorar".

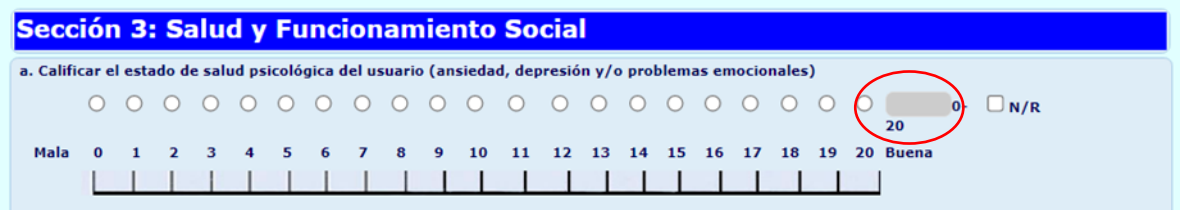
Pregunta sobre la salud psicológica

"Como en los casos anteriores, por favor piense en las últimas cuatros semanas. Lo primero que me gustaría es que piense sobre su salud emocional durante este tiempo – con esto me refiero a si ha sentido ansiedad, depresión u otras emociones y sentimientos que sean problemáticos para usted, y afecte su sensación general – y su sensación general sobre como está."

Nota: Muestre al usuario el formulario del TOP y señalar la escala de puntuación de la pregunta 3.a.

"¿Cómo calificaría su salud psicológica en una escala que va desde 0 a 20 puntos, dónde 0 es muy mala – no podría ser peor – y 20 es muy buena, es decir, no podría ser mejor? ¿Qué número sería el más adecuado para reflejar el cómo se siente? Como usted puede ver, un número bajo significa que tiene grandes problemas en esta área, y un número alto significa que usted presenta pocos o ningún problema en este aspecto. Aquí no hay respuestas buenas o malas, sólo es una escala."

- Encierre en un círculo sobre el número en la escala para 3.a y escriba este número en el recuadro azul.



- Como puede ver, esta es una escala simple y subjetiva de la salud psicológica del usuario. Aquí hay algunos consejos para su aplicación:
  - Si el usuario no está seguro de lo que significa, entonces usted debe detallar lo que significa sensación de ansiedad, depresión y otros sentimientos negativos. El punto clave es que cada uno de nosotros experimenta las cosas de manera diferente, y estos sentimientos pueden variar entre leve, moderado y severo.
  - Ansiedad, es un estado emocional desagradable que puede dar lugar a pensamientos y sentimientos como preocupación, inquietud o aprensión, miedo o pánico.
  - Depresión, esto puede ser experimentado como sentimientos negativos sobre sí mismo, con sentimientos de desesperanza y baja autoestima.
  - Es importante recordar que esta pregunta es simplemente una escala subjetiva, y nunca puede tomar el lugar de una evaluación Psicológica adecuada.
    - Si el usuario dice "realmente no puede identificar un número", pregúntele por su mejor estimación.
    - Si es difícil de hacer, debe tener otra estrategia. Puede preguntar lo siguiente: "¿Podría decirme si está por sobre o debajo de la mitad de la escala?" Luego, de acuerdo a la respuesta, separar la mitad de la escala en dos rangos de cinco puntos (es decir, "0-4" y "5-9", o "11-15" y "16 y 20"). Pregúntele al usuario si puede ubicarse en el rango superior o inferior, luego establezca como puntaje el punto medio de este rango. Aquí hay un ejemplo:
      - Un usuario se siente incapaz de dar un número preciso.

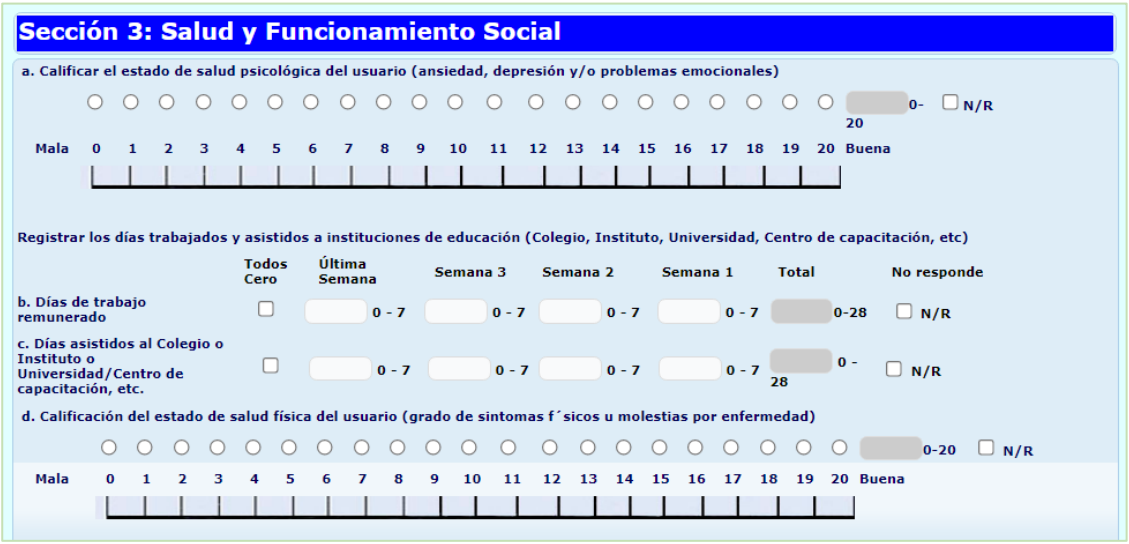
- Usted le pegunta si siente que está en la mitad inferior (rango más cercano a “malo”) o en la mitad superior (rango más cercano a “bueno”) de la escala.
- Si responde en el rango inferior, usted dice: “¿Cree que su situación se ubica en la parte inferior de este rango, es decir, cercano al cero, o hacia el extremo superior, es decir, hacia el punto medio?”.
- Si en su respuesta el usuario indica que se ubica en la parte inferior de la escala, pregúntele si una puntuación en la mitad de este rango (2 puntos) lo representa. Si el usuario se ubica en la parte superior, pregúntele si el punto medio de este rango (7 puntos) lo representa.

Por lo tanto, los puntos medios y sus rangos quedan:

- 0 – 4 (Punto medio = 2)
- 5 – 9 (Punto medio = 7)
- 11 – 15 (Punto medio = 13)
- 16 – 20 (Punto medio = 18)

2. Preguntas sobre trabajo y educación

Las secciones 3(b) y 3(c) son acerca de la situación laboral y educacional, y se aplica en el formato de “días en las últimas cuatro semanas”. Puede parecer extraño tener un formato de 0 a 28 días para este tipo de preguntas, pero es posible que alguien, por ejemplo, trabaje todos los días y estudie el fin de semana.


Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)

0- 20 N/R

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena

Registrar los días trabajados y asistidos a instituciones de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc)

	Todos Cero	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total	No responde
b. Días de trabajo remunerado	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0-28	☐ N/R
c. Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad/Centro de capacitación, etc.	☐	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 7	0 - 28	☐ N/R

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de sintomas f´sicos u molestias por enfermedad)

0-20 N/R

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena

- El trabajo incluye empleo formal e informal, cuando se habla de educación se incluye a todos los niveles educacionales.

“Ahora hablemos sobre su trabajo y educación. Pensando en las últimas cuatro semanas, ¿usted ha tenido algún trabajo pagado, ya sea formal o informal?”

Nota: Es recomendable mostrar nuevamente el calendario para recordarle al usuario el inicio y final de las cuatro semanas.

Registre en el calendario el número de días de trabajo por semana, e ingrese los valores correspondientes en el formulario del TOP, a la derecha de la sección 3(b), luego sume los valores y registre el total en el recuadro azul. Registre "0" en el caso que el usuario no haya tenido días con trabajo remunerado (Los días con licencia médica se consideran en rigor días de trabajo remunerado).

- Luego, pregunte por la asistencia a alguna institución educacional (Colegio, Instituto profesional, Universidad, Centro de capacitación, etc.)

"Sobre su situación educacional. Piense en las últimas cuatro semanas, ¿usted asistió a algún establecimiento de educación o a alguna capacitación laboral?"

Nota: Use nuevamente el calendario y recalque que se está hablando sobre los días reales que asistió a algún establecimiento educacional.

Registre el número de días por semana que el usuario asistió a algún establecimiento educacional, luego sume el total de días e ingrese en el recuadro azul.

3. Preguntas sobre salud física

La pregunta 3(d) es una escala que registra el nivel de salud física que el usuario considera que ha tenido en las últimas cuatro semanas. Puede preguntar lo siguiente:

"Permítame preguntarle sobre una escala de su salud física. ¿Puede pensar de manera global acerca de sus síntomas físicos o molestias durante las últimas cuatro semanas? Esto incluye dolores, dificultades para respirar, problemas estomacales, problemas para dormir y cualquier otro síntoma físico".

Nota: Muestre el formulario del TOP e indique la escala de calificación para 3(d).

"Entonces, ¿cómo calificaría usted su salud física en una escala de 0 a 20 puntos, donde 0 es muy mala, y 20 es muy buena? Como puede ver, un número bajo significa que usted ha tenido grandes problemas en esta área, y un número alto, indica que ha tenido pocos problemas, o no ha tenido dificultades en esta área. No hay respuestas correctas o incorrectas, es simplemente una escala."

Encierre en un círculo el número correspondiente en la escala 3(d), luego escriba el valor en el recuadro azul.

Al igual que en la sección 3(a), esta es una escala subjetiva que busca evaluar la salud física percibida por el usuario. Hay un amplio rango de síntomas físicos que podrían molestar al usuario. Aquí se presentan algunos consejos para completar esta sección.

- El TOP, obviamente, no es un examen médico, por lo que no se persigue que el usuario entregue una descripción detallada de su salud. Registrar una escala de salud física no es difícil, sin embargo, recuerde que usted consultará sobre una evaluación subjetiva de la salud del usuario, por lo que no existirán respuestas correctas o incorrectas.
- Se debe distinguir entre tener una enfermedad crónica y ser afectado por los síntomas asociados a ella. Por ejemplo, un usuario puede presentar una enfermedad obstructiva de la respiración, recibir tratamiento y no sufrir de ninguno de los síntomas asociados.
- Si el usuario dice "Realmente no puedo determinar el valor exacto en la escala", pregúntele por la mejor aproximación.
- Si tiene dificultades para obtener una respuesta, utilice la misma técnica que se recomendó para el ítem de salud psicológica.
  - Un usuario se siente incapaz de dar un número preciso.
  - Usted le pregunta si siente que está en la mitad inferior (rango más cercano a "malo") o en la mitad superior (rango más cercano a "bueno") de la escala.
  - Si responde en el rango inferior, usted dice: "¿Cree que su situación se ubica en la parte inferior de este rango, es decir, cercano al cero, o hacia el extremo superior, es decir, hacia el punto medio?".
  - Si en su respuesta el usuario indica que se ubica en la parte inferior de la escala, pregúntele si una puntuación en la mitad de este rango (2 puntos) lo representa. Si el usuario se ubica en la parte superior, pregúntele si el punto medio de este rango (7 puntos) lo representa.

    Por lo tanto, los puntos medios y sus rangos quedan:
    - 0 – 4 (Punto medio = 2)
    - 5 – 9 (Punto medio = 7)
    - 11 – 15 (Punto medio = 13)
    - 16 – 20 (Punto medio = 18)

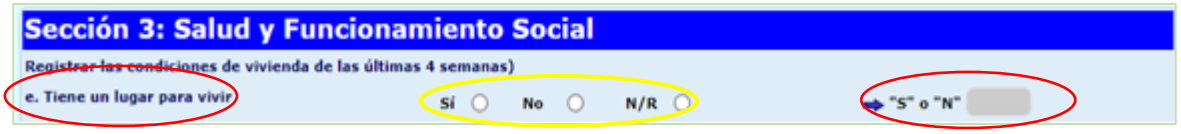
4. Preguntas sobre vivienda

La presente sección se refiere a las condiciones de vivienda del usuario. A continuación, se presentan las dos preguntas incorporadas en este ítem.

Tiene un lugar estable para vivir

Se refiere a si la persona ha pasado alguna noche durante las últimas 4 semanas en la calle o en lugares como casa de acogida, albergue, casas abandonadas, autos o parques o durmiendo con amigos o familiares diferentes debido a que no tenía otro lugar donde estar.

"Sobre su situación de vivienda. Piense en las últimas cuatro semanas, ¿usted ha dormido alguna noche en la calle (autos o parques) o en un albergue por no tener donde alojar?"

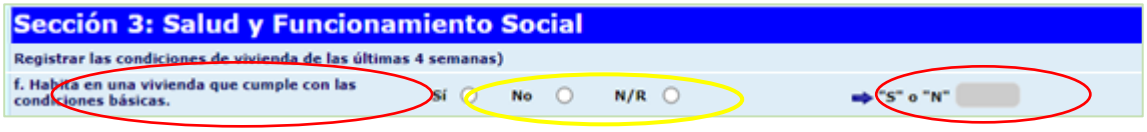


Vive en una vivienda que cumple con las condiciones básicas

Se refiere a si la persona vive en la calle o en una vivienda que no cuente con los servicios indispensables para la salud, la nutrición y la comodidad, como son el abastecimiento de agua potable y energía, instalaciones sanitarias, sistemas de eliminación de desechos, entre otros.

Ejemplo: Mediagua, Pieza dentro de la vivienda, choza, chozas, ruca, caleta o punto de calle, o vivienda con piso de tierra.

"Sobre su situación de vivienda. Piense en las últimas cuatro semanas, ¿el lugar donde mayoritariamente habitó tenía **los servicios indispensables para la salud, la nutrición y la comodidad*?"***



Preguntas sobre calidad de vida

El ítem final del TOP, 4(g), registra las impresiones del usuario sobre su calidad de vida de las últimas cuatro semanas. Debe utilizar una escala subjetiva de 0 a 20 puntos, la cual ya fue usada para registrar la salud física y psicológica del usuario. "Calidad de vida" es una frase de uso común, sin embargo, su significado varía entre una persona y otra.

El TOP define la calidad de vida como un término que se refiere a la satisfacción del usuario con sus condiciones y circunstancias de vida, sus relaciones familiares y personales, sus aspectos laborales y financieros, y su situación social en general.

Para introducir la pregunta, puede decir:

"Finalmente, le pediré que me entregue una calificación acerca de cómo ve su calidad de vida. ¿Puede pensar en forma general acerca de sus condiciones y circunstancias de vida, sus relaciones familiares y personales, sus aspectos laborales y financieros, y su situación social en general?"

Nota: Muestre el formulario del TOP e indique la escala de calificación para 3(g).

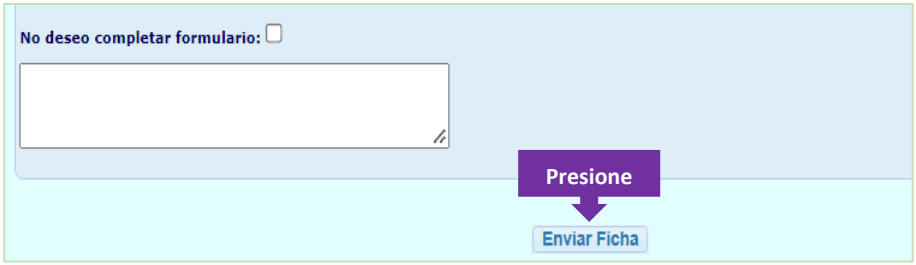
"Entonces, ¿podría calificar su calidad de vida en una escala de 0 a 20 puntos, donde 0 es muy mala y 20 es muy buena? ¿Qué número diría usted que refleja mejor su situación? Como puede ver, un número bajo significa que usted siente que tiene una muy mala calidad de vida, mientras que números altos indican que tiene una muy buena calidad de vida, considerando todos los aspectos. Acá no hay respuestas correctas o incorrectas, es simplemente una escala".

Encierre en un círculo el valor correspondiente a la escala 3(g), y escriba este número en el recuadro azul.

Al igual que 3(a) y 3(d) esta es una escala subjetiva de calificación de la calidad de vida. Utilice el mismo procedimiento si el usuario presenta dificultades para escoger un número. Los rangos de puntaje y los puntos-medios son los siguientes:

- 0 – 4 (Punto medio = 2).
- 5 – 9 (Punto medio = 7).
- 11 – 15 (Punto medio = 13).
- 16 – 20 (Punto medio = 17).

Como usted ha visto, la ficha TOP es un registro breve del comportamiento y otras valoraciones, y no cubre todos los tópicos que un profesional necesita en la fase de tratamiento del usuario. Una vez que se han completado todas las preguntas, presione **"Enviar Ficha"**



MUESTRA FICHA TOP

Perfil de Resultados de Tratamiento (TOP)

Nombre del Usuario

(dd / mm / año) Fecha de nacimiento

Nombre del Entrevistador

Fecha de entrevista (dd / mm / año)

Sexo: M ☐ F ☐

Etapa del Tratamiento: Ingreso ☐ Egreso ☐ En tratamiento ☐ Seguimiento ☐

Sección 1: Uso de Sustancias

Registrar la cantidad promedio de uso diario y el número de días de uso de sustancias consumidas en las últimas 4 semanas

	Promedio	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
a. Alcohol	Tragos/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
b. Marihuana	Pitos/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
c. Pasta Base	Papelillos/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
d. Cocaina	Gramos/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
e. Sedantes o Tranquilizantes	Comprimidos/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
f. Otra sustancia problema	Medida/día	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28

Nombre otra sustancia: ... Unidad de medida: ...

Sección 2: Transgresión a la Norma Social

Registrar hurtos, robos, violencia intrafamiliar y otras acciones cometidas en las últimas 4 semanas.

a. Hurto — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →
b. Robo — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →
c. Venta de droga — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →
d. Riña — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
e. Violencia Intrafamiliar (Maltrato físico o psicológico)	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28

f. Otra acción: ... Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →

Sección 3: Salud y Funcionamiento Social

a. Calificar el estado de salud psicológica del usuario (ansiedad, depresión y/o problemas emocionales)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena → 0-20

Registrar los días trabajados y asistidos a institución de educación (Colegio, Instituto, Universidad, Centro de capacitación, etc.) durante las últimas 4 semanas

	Última Semana	Semana 3	Semana 2	Semana 1	Total
b. Días de trabajo remunerado	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28
c. Días asistidos al Colegio o Instituto o Universidad o Centro de capacitación, etc.	0–7	0–7	0–7	0–7	0–28

d. Calificación del estado de salud física del usuario (grado de síntomas físicos u molestias por enfermedad)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena → 0-20

Registrar condiciones de vivienda de las últimas 4 semanas

e. Tiene un lugar estable para vivir — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →
f. Habita en una vivienda que cumple con las condiciones básicas — Sí ☐ No ☐ Marque "S" o "N" →
g. Calificación global de calidad de vida del usuario (Ej.: Es capaz de disfrutar de la vida, consigue estar bien con su familia y el entorno)

Mala 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 Buena → 0-20

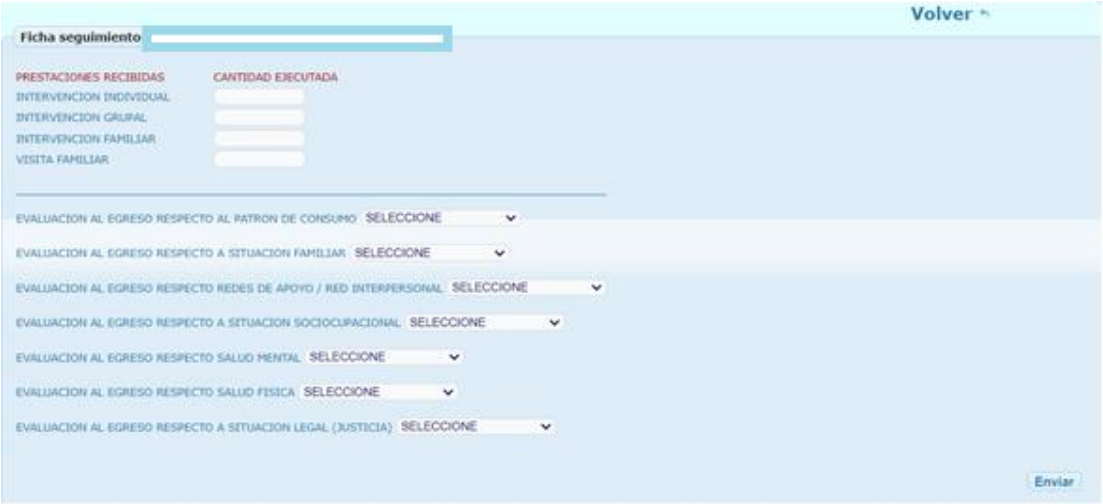
TOP SENDA-CIILE 2013

VI. FICHA DE SEGUIMIENTO

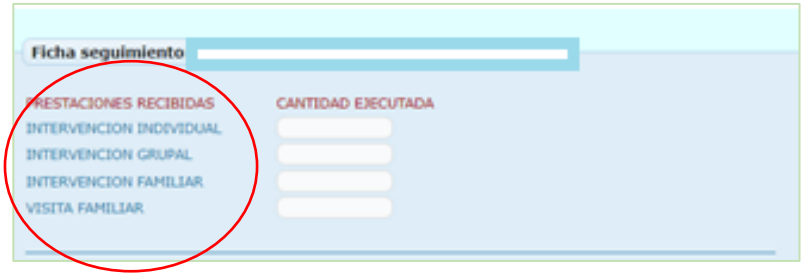
Esta Ficha se aplica cada tres (3) meses durante un año, desde el egreso del usuario por Alta Terapéutica. Interesa conocer la situación de la persona posterior a su alta terapéutica del programa, en relación a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados.

- **Actividad de Seguimiento Mensual**

  Se refiere al período en que se realiza la medición.



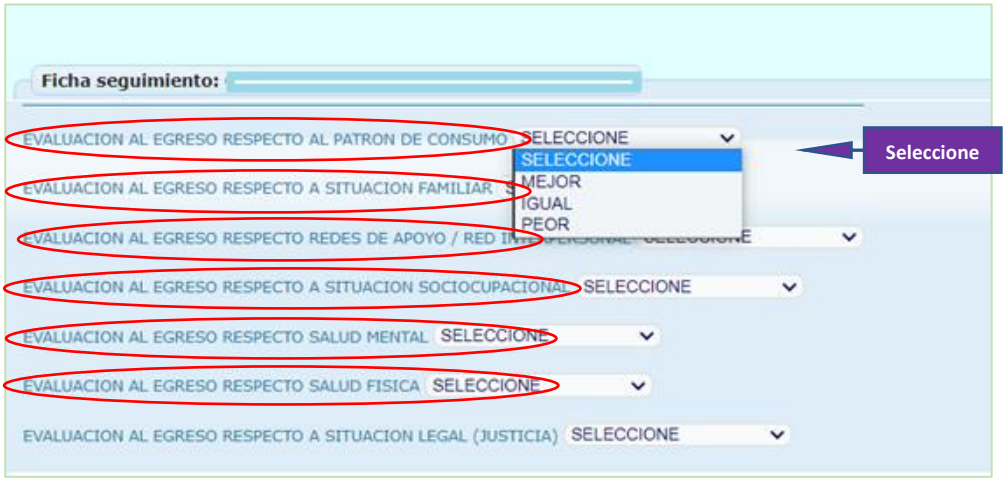
- **Prestaciones Recibidas y Cantidad Ejecutada**



Corresponde registrar el tipo y número de intervenciones que el usuario recibió durante los 3 meses de seguimiento. Para lo cual se utilizan 4 categorías:

1. Intervención Individual (incluye las consultas de salud mental, las psicológicas y médicas)
2. Intervención Grupal (incluye la intervención psicosocial de grupo, psicoterapia grupal, reuniones de grupo de seguimiento, etc.).
3. Intervención Familiar (incluye las consultas de salud mental familiar y la psicoterapia familiar).
4. Visita Familiar (la visita domiciliaria al usuario y/o familia).

➢ Evaluación de la Mantención de los Logros Terapéuticos



Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona tratada y su familia, respecto a la mantención de los logros terapéuticos alcanzados al egreso.

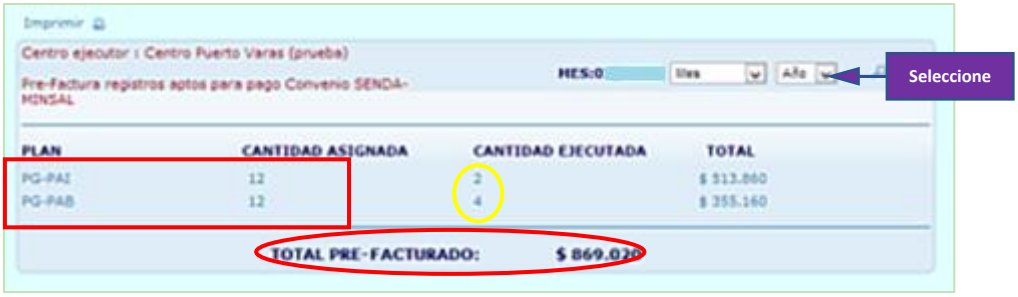
Las variables a evaluar son:

1. Patrón de Consumo
2. Situación Familiar
3. Relaciones Interpersonales
4. Situación Ocupacional
5. Trasgresión a la Norma Social
6. Estado de Salud Mental
7. Estado de Salud Física
8. Situación Legal (Justicia)

C. SECCIÓN PREFACTURACIÓN

El tercer botón tiene que ver con la pre facturación, es decir todo lo relacionado con el pago que se le hace al centro de acuerdo a los planes de tratamiento que realizo durante el mes, se genera automáticamente y tiene que ver con las prestaciones que el centro ha registrado y va a ser considerado para el pago,

Por ejemplo: este es un ejercicio para facturación de un centro ficticio



Este centro tiene asignado 12 planes mensuales para ambulatorio intensivo y además tiene 12 planes ambulatorios básicos asignados, según figura rectángulo rojo; el círculo amarillo muestra la cantidad ejecutada de cuántos pacientes han registrado que cumplen con la condición de ser beneficiario de Fonasa, ser SENDA Si y que tenga alguna prestación en el mes que se va a pagar; el círculo rojo muestra el valor a considerar a pagar en total pre-facturado, por lo tanto es lo que SENDA le estaría pagando a esta institución a final de mes.

D. SECCIÓN REPORTES

El cuarto botón tiene que ver con los reportes, toda la información que el centro registra en SISTRAT se puede se exporta, sea en formato de tablas pre configuradas o base de datos en Excel.

- Tiene 4 opciones, **la primera es convenio**, acá salen una serie de títulos que son los nombres de reportes que genera automáticamente el sistema con variables que son de consulta diaria de bastante uso y que vienen preconfigurados, por ejemplo, uno se va a evaluación de egreso y muestra las personas que han egresado del programa de tratamiento, ver ejemplo en imágenes:

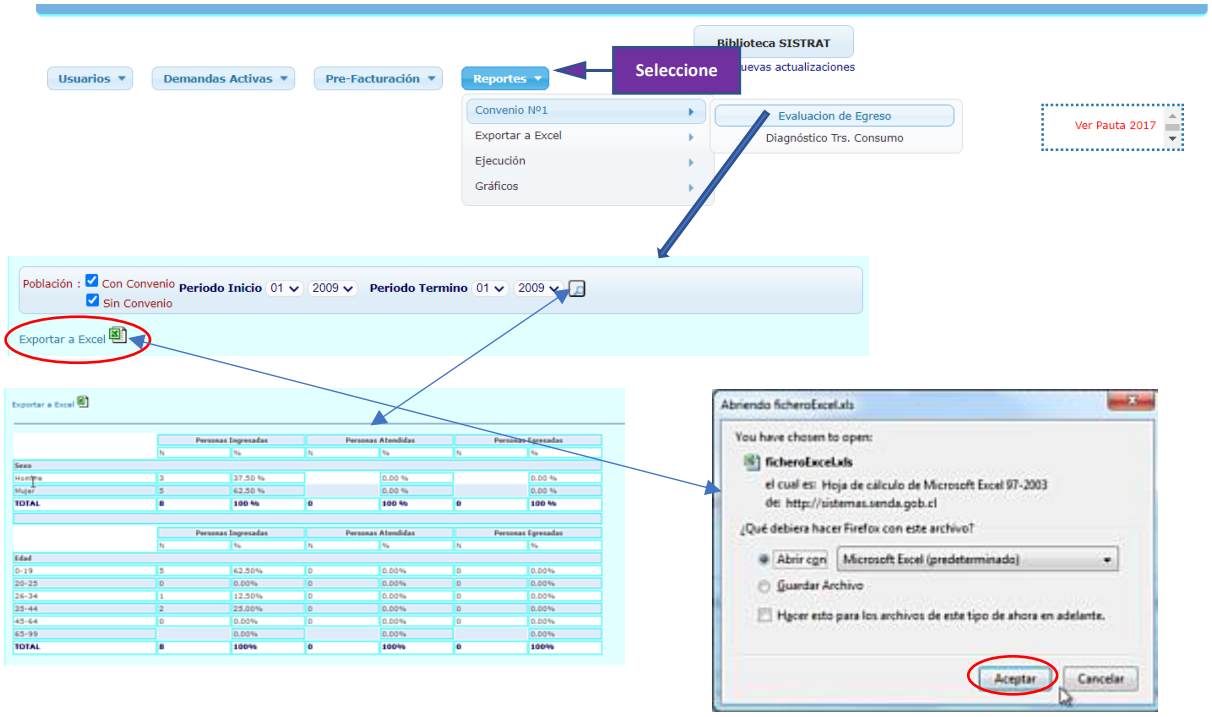
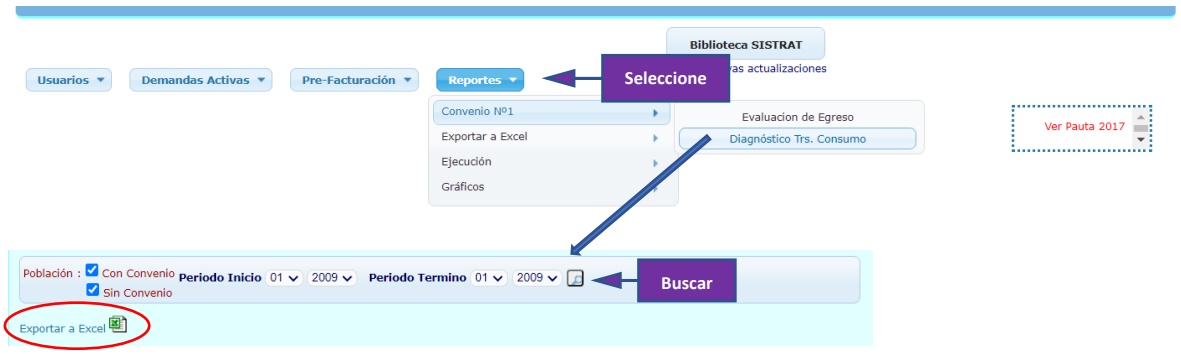
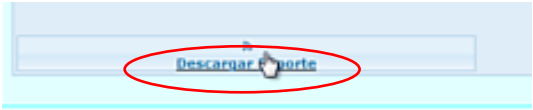
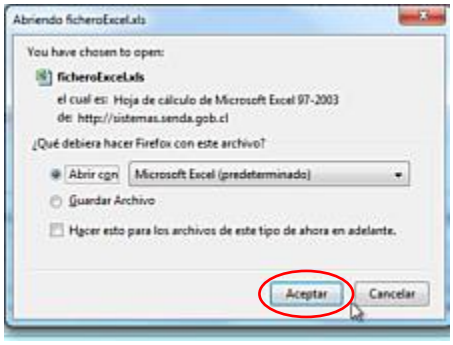


Figura muestra **"Reporte de Diagnóstico de trastorno de consumo"** hacer clic en pestaña indicada luego seleccionar período y luego exportar a Excel, los reportes son todos similares.

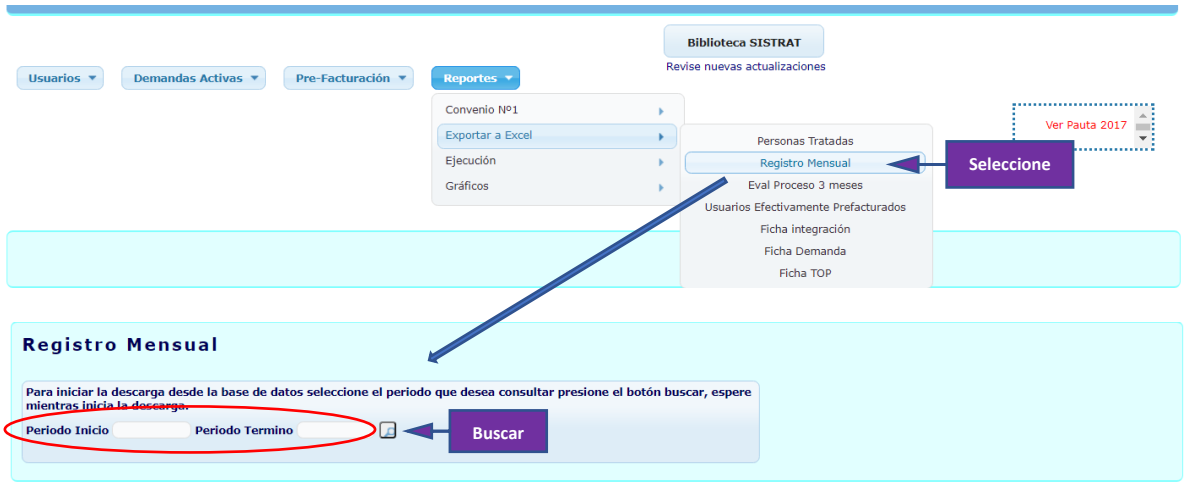


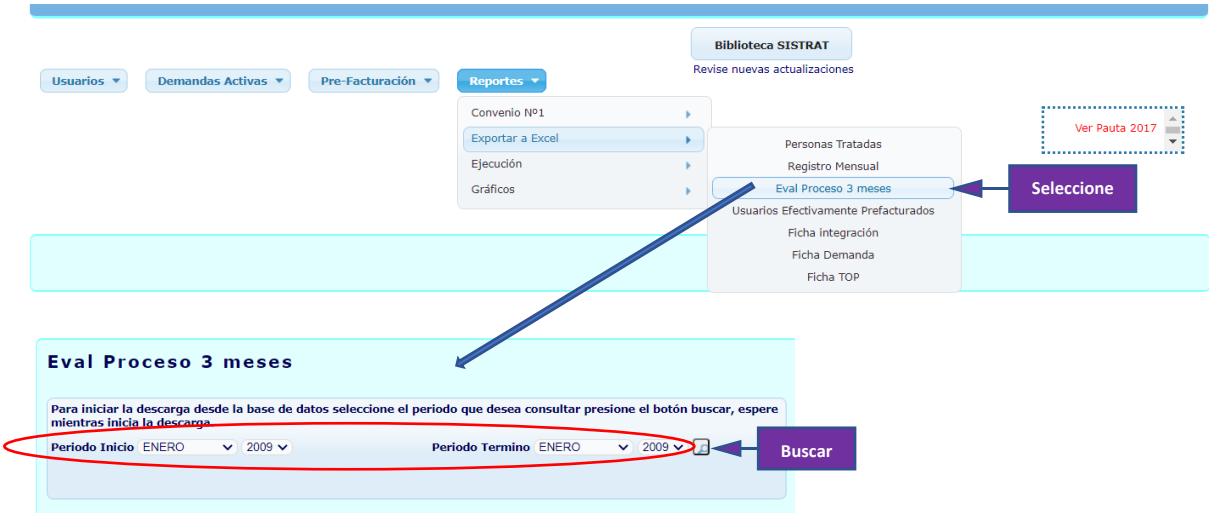
- La Segunda opción es Exporta a Excel son siete tipos de base de datos, la que más utilizas son las que indica la figura, **la primera** es "**Personas Tratadas"** se exporta toda la información de la ficha de ingreso llenada en el centro, más toda la información de la ficha de egreso, haga clic acá en la lupa y obtendrá el reporte que necesita



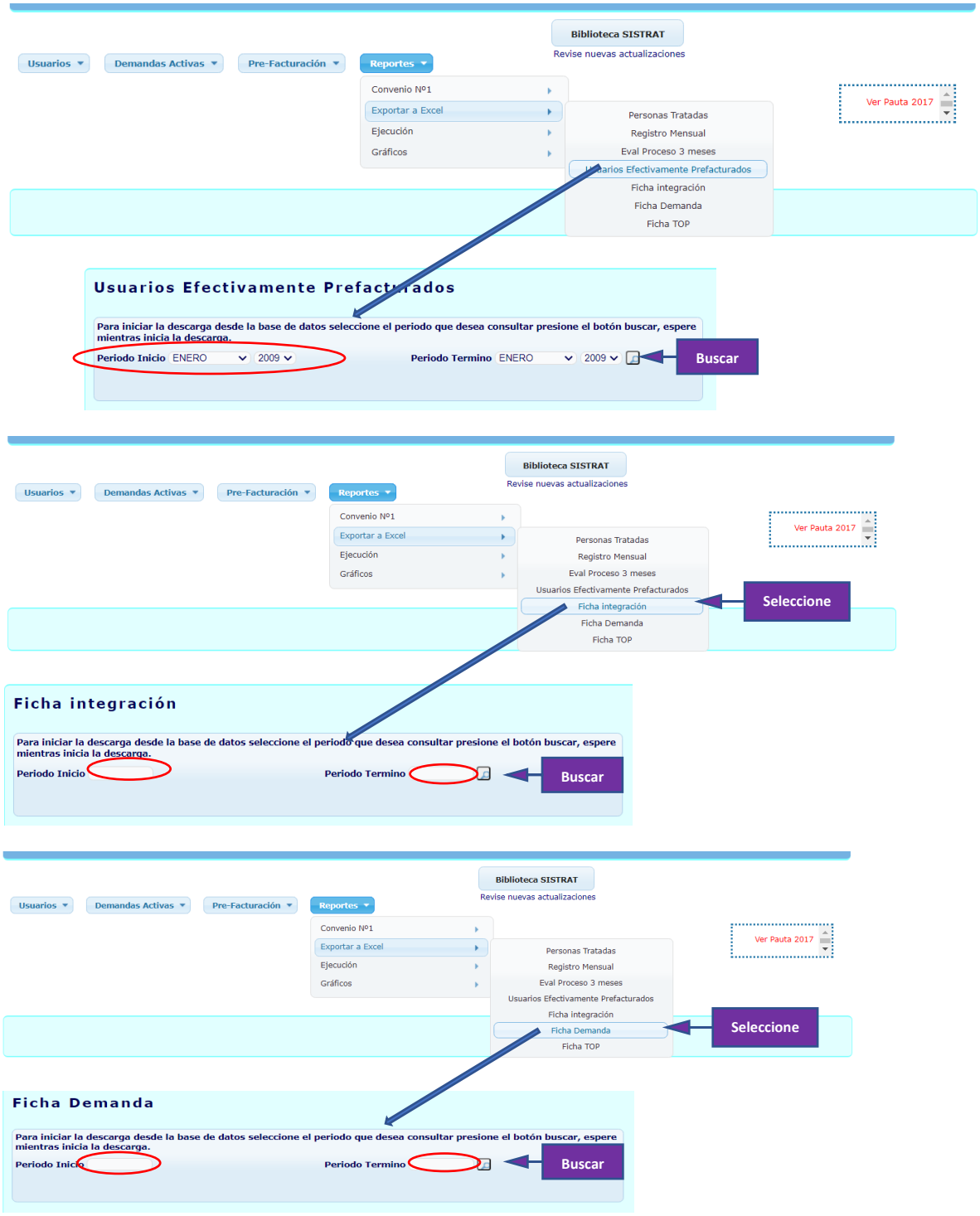


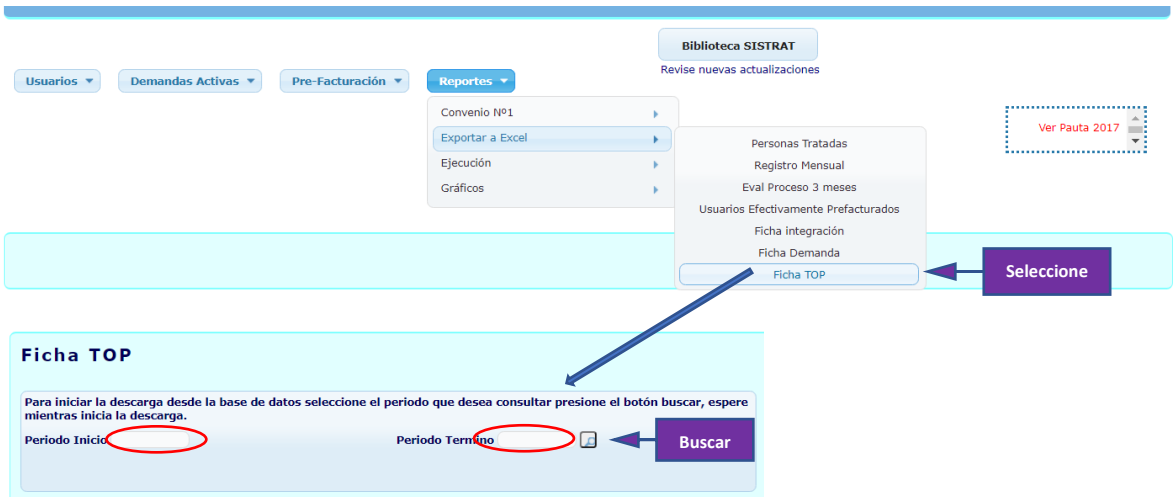
- segunda base de datos que se puede exportar es la de **registro mensual** acá va aparecer todos los meses de tratamiento con sus prestaciones por cada paciente.
- Lo mismo para la ficha de evaluación de proceso, ficha integración, ficha demanda y ficha TOP todas las evaluaciones que se han hecho a los pacientes están acá.



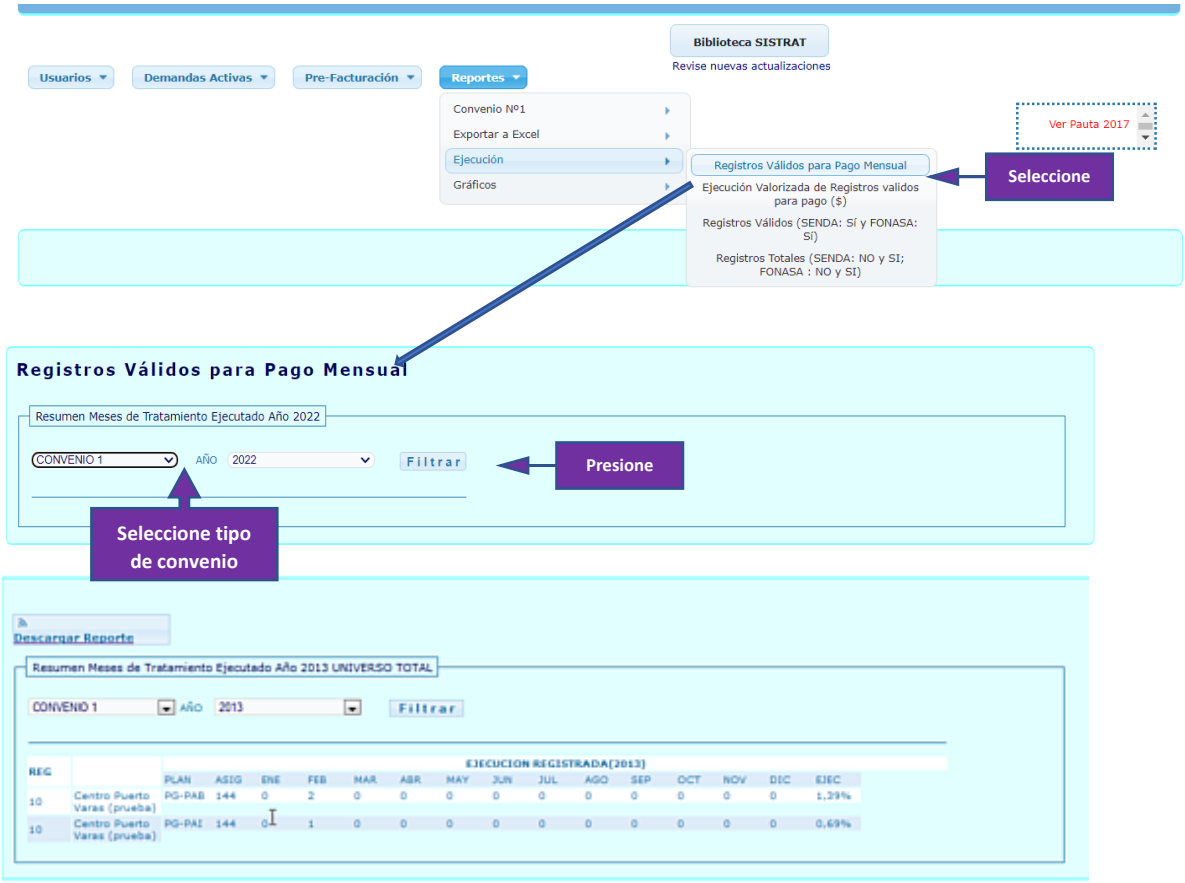


- **Usuarios efectivamente facturados**, esta base de datos es similar a la de personas tratadas, pero acá solamente se muestra los pacientes que han sido efectivamente considerados para pagos es decir los que son SENDA SI solamente.

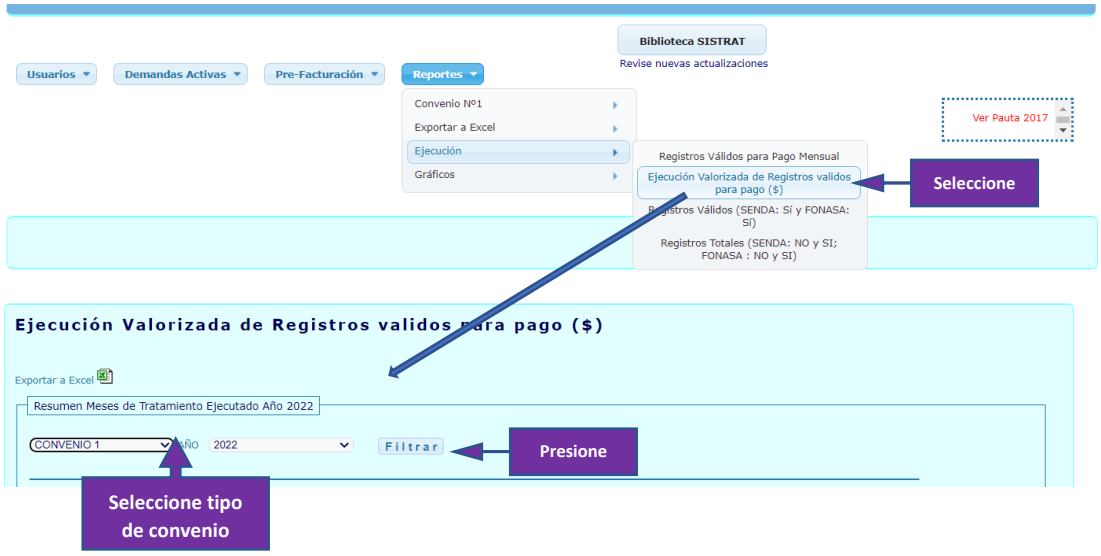




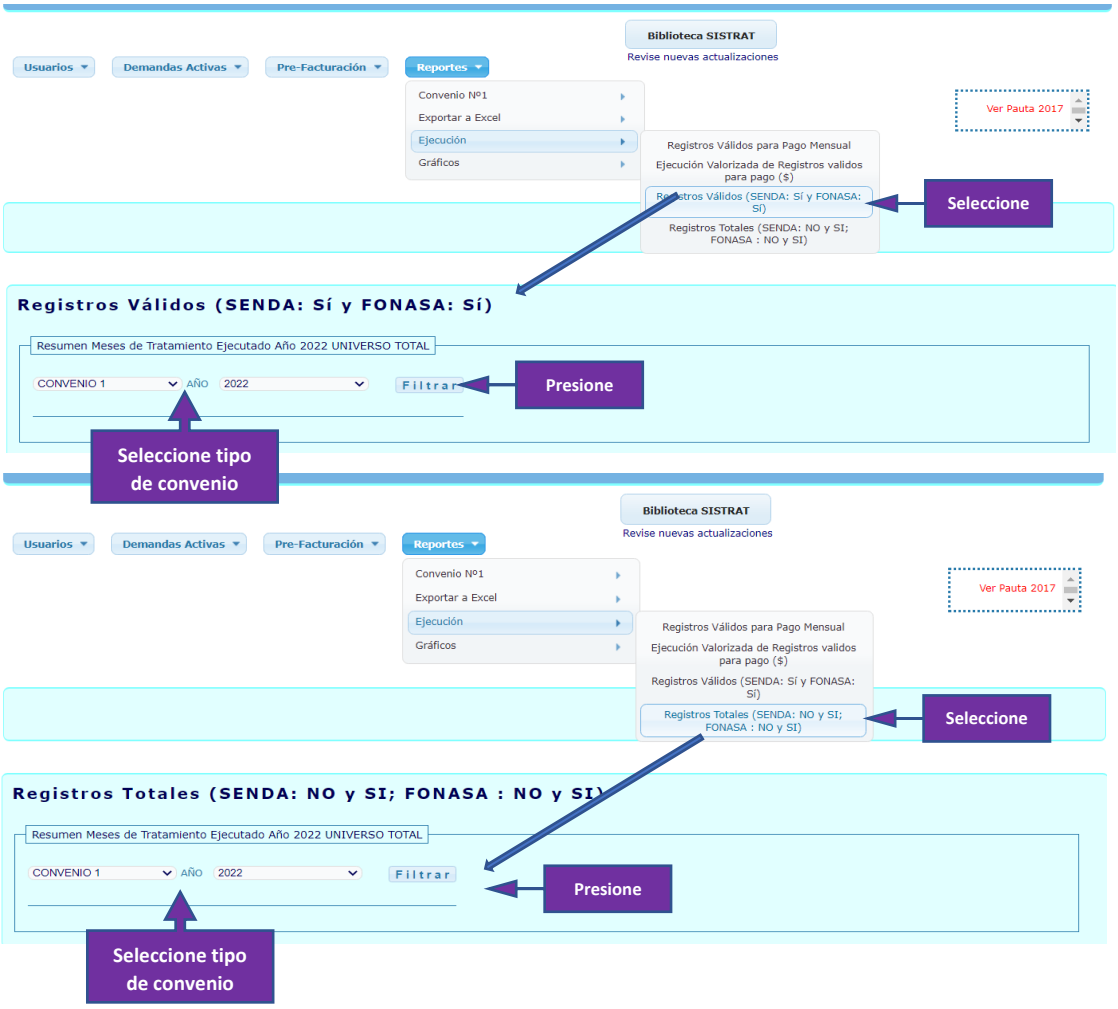
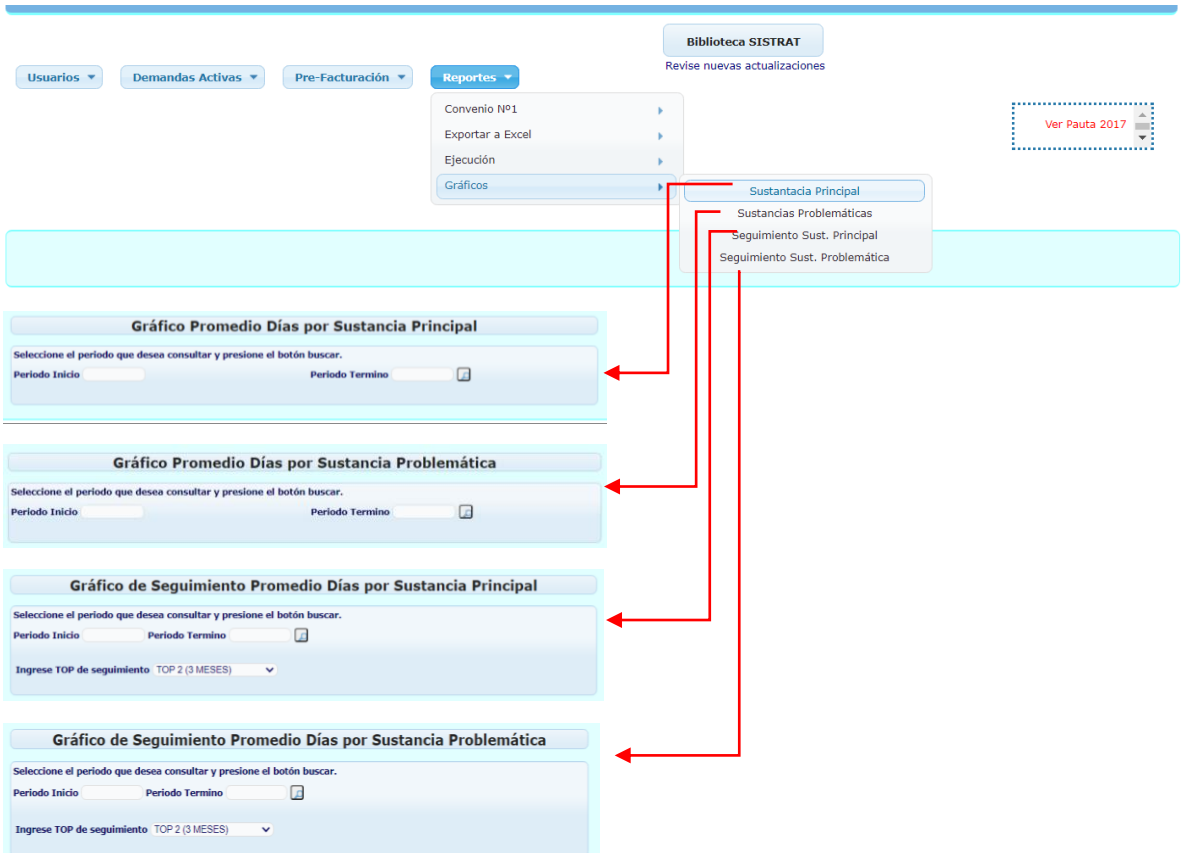
- La tercera opción de reporte es **Ejecución** y tiene cuatro categorías en la primera es **"Registro válidos para pago mensual"** nos va a mostrar todos los casos que han sido considerados para pago, si un centro hace más de 12 mensuales, le va a parecer que tiene tope 12 y los otros planes quedaran pendientes y se pagaran en la factura de ajuste.



Este reporte es lo mismo que el anterior en lugar de planes le van a salir precios



"Registro válidos (SENDA SI y FONASA SI" nos va a mostrar todos los casos que han sido considerados como SENDA Si o SENDA No, FONASA Si o FONASA NO, es decir todo lo que ha ingresado el centro de tratamiento



- La cuarta opción son los **gráficos**, acá puede descargar la información de los pacientes, para saber reporte de datos de Sustancia Principal, Sustancia Problemáticas, Seguimiento Sustancia Principal, Seguimiento Sustancia Problemáticas, de acuerdo con la prevalencia que necesite.