

**NORMA Y ORIENTACIONES TÉCNICAS DE LOS PLANES DE  
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON  
PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS.**

**CONVENIO  
MINISTERIO DEL INTERIOR (CONACE) – MINSAL**

**2011**

## **NORMA Y ORIENTACIONES TÉCNICAS DE LOS PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS 2011**

Con el objeto de orientar la organización de los programas de tratamiento y rehabilitación de manera de aumentar su efectividad, es que se recomiendan intervenciones de tipo multi e interdisciplinarias necesarias para realizar un plan de tratamiento y rehabilitación.

Los diferentes planes de tratamiento y rehabilitación comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a las características y necesidades de las personas, considerando etapas o períodos en la medida que las acciones terapéuticas logro del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención.

Estas intervenciones terapéuticas se realizan en concentración y frecuencias diversas, donde la mayor intensidad del proceso, se produce en la segunda etapa correspondiente a la fase de tratamiento y rehabilitación donde se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del problema de consumo.

### **A. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACION PARA POBLACION GENERAL.**

#### **1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO**

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Básico son los siguientes:

- Realizar diagnóstico integral.
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales
- Orientar y apoyar el proceso de integración social
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida

- Derivar a otros establecimientos que provean planes de tratamientos más complejos, según corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar seguimiento del proceso de cambio posterior al egreso

#### **Centros para su Implementación:**

- **Establecimientos Públicos de Salud:** Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, es decir, con superficie suficiente para trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislamiento, climatización, y sistemas de seguridad.
- **Establecimientos privados asociados a la red de salud:** Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), fundaciones, sociedades de profesionales u otros, debidamente autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones que contempla el plan, con superficie suficiente para trabajo individual y grupal; con adecuada, ventilación, iluminación, aislamiento, climatización, y sistemas de seguridad.

**Recurso Humano:** multidisciplinario, con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y rehabilitación y al tipo de población a atender, con asignación horaria necesaria para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

**Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones, que no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta de salud mental, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

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

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento y rehabilitación, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 6 meses, con una frecuencia de asistencia de 2 días por semana, con 2 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 1 a 2 intervenciones por día. Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida, contención emocional, el diagnóstico integral del problema, considerando todas las áreas de la vida de la persona, afectadas por el consumo, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y apoyo a la profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona

usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

Este diagnóstico incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud general, de salud mental y psiquiátrico, junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo;

**2ª etapa:** está abocada principalmente al abordaje en **profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas.

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan. y corresponde principalmente al *periodo denominado de incorporación*, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento, no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

## 2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Ambulatorio Intensivo son los siguientes:

- Realizar diagnóstico integral.
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar r el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos de mayor complejidad, cuando corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

### Centros para su implementación

- **Establecimientos de salud de nivel de especialidad ambulatoria** tales como COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares, grupales, tanto en la atención directa (como en espacios separados para atención simultánea de hombres y mujeres) espacios para la espera, descanso y recreación, además de contar con iluminación, ventilación, privacidad, climatización, vías de escape.
- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente autorizadas por la autoridad sanitaria regional, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en superficie como en lugares de espera, descanso y recreación, con espacios que posibiliten la atención simultánea de hombres y mujeres, si el programa es mixto, con vías de escape, iluminación, ventilación, privacidad y climatización.

**Recurso Humano:** multidisciplinario, con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento y rehabilitación, de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

**Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones e intervenciones que técnicamente, no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, consulta psicológica, intervención psicosocial de grupo, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

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

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 8 meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 3 a 4 prestaciones por día.

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida, contención emocional y el diagnóstico integral del problema que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente

**2ª etapa:** etapa abocada principalmente al abordaje en profundidad de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de Incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

### 3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL

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

Los objetivos terapéuticos del Plan Residencial son los siguientes:

- Realizar diagnóstico integral.
- 
- Apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio.
- Propiciar la problematización de los factores que facilitan y mantienen el consumo.
- Fortalecer los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio.
- Apoyar y fortalecer estrategias de prevención de recaídas.
- Apoyar el desarrollo de habilidades sociales.
- Orientar y apoyar el proceso de integración social.
- Apoyar y orientar el propósito de cambio en el estilo de vida.
- Derivar a otros centros que provean planes de tratamientos alternativos o complementarios a la complejidad, cuando corresponda.
- Facilitar el proceso de preparación para el egreso de acuerdo a los criterios definidos.
- Realizar acciones de seguimiento posterior al egreso del plan.

#### **Centros para su implementación:**

**Establecimientos públicos:** con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación. y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Asimismo, debe contar con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres.

**Nota: En el Sector Salud no deberán destinarse a este propósito las unidades de internación psiquiátrica.**

**Establecimientos Privados:** Centros de Tratamiento Residencial, Comunidades Terapéuticas u otros autorizados por la Autoridad Sanitaria Regional correspondiente, con infraestructura necesaria que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación. y hotelería; que considere la implementación de una sala de procedimientos médicos y/o de enfermería, cuando corresponda. Asimismo, debe contar con hotelería adecuada a las necesidades para una adecuada permanencia (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación). Si el programa es mixto, contar con espacios de dormitorio, baños y salas de estar, diferenciados para hombres y mujeres

**Recurso Humano:** multidisciplinario, capacitado y con competencias clínicas de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica de acuerdo a la población a atender, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

**Prestaciones:** incluye un conjunto de prestaciones que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta de salud mental, consulta médica, consulta psiquiátrica, intervención psicosocial de grupo, consulta psicológica, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicodiagnóstico, visita domiciliaria, exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos según corresponda.

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

**Duración del Plan:** El tiempo estimado para lograr los objetivos del proceso de tratamiento, corresponde a la necesidad de cada persona. Un grupo de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses (estimado), con permanencia de 7 días, con una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento y rehabilitación, para el logro progresivo de los objetivos terapéuticos específicos definidos en el plan de intervención individual. Para cada etapa se define una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida, contención emocional, diagnóstico integral del problema en los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; y profundización de la motivación al cambio y una evaluación del estado de inserción social de la persona usuaria, así como de sus intereses, competencias y habilidades para integrarse socialmente.

**2ª etapa:** abocada principalmente al abordaje **en profundidad** de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, prevención de recaídas; restablecimiento de vínculos saludables. Asimismo, debe considerar reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalecimiento de factores protectores, evaluación de intereses, habilidades, y competencias socio

ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas.

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año, posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

## **ORIENTACIONES TECNICAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS EN LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN**

### **I. Mejora continua de la Calidad de la Atención en Salud Mental.**

En el contexto del desarrollo de redes de atención para diferentes problemas de salud mental, entre ellos los derivados del consumo de alcohol y drogas, se hace necesario disponer de un sistema de gestión que incorpore la dimensión del mejoramiento de la calidad de la atención.

En este sentido, el Ministerio de Salud ha desarrollado un programa tendiente a intervenir en esta área, definiéndose la mejora continua de la calidad como: un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver oportunamente, problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen riesgos de los usuarios en el desarrollo de la atención, colocando sus énfasis en la evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional, como herramientas puestas a disposición de los equipos de salud para el mejor cumplimiento de su misión y objetivos.

Los resultados del proceso de la implementación de este sistema de Mejora continua permiten:

- Identificar la existencia de puntos críticos en los procesos de atención principalmente vinculados a gestión de recursos y coordinación de actores.
- Reconocer buenas prácticas facilitando el intercambio de aquellas prácticas que valoran los aprendizajes entre pares y su replicabilidad posterior.
- Incorporar y valorar el concepto de calidad y de los procesos de auto evaluación de los equipos y evaluación de la atención de los usuarios con problemas derivados del consumo de alcohol y drogas.
- Disponer de los insumos y estrategias para responder planificadamente y para mejorar los procesos deficitarios detectados.

El Modelo de Mejora Continua de la calidad de atención en salud mental, significa un avance importante en la satisfacción del usuario de la red de servicios del Sistema de Salud.

## **II Criterios e Indicadores de Calidad de la Atención para Programa de Planes de Tratamiento y Rehabilitación del Consumo Problemático de Drogas**

La información entregada en la literatura acerca de la evaluación de la eficacia de los distintos tipos de tratamientos para el abordaje de los problemas de consumo de drogas, señala que en general está determinada por las características de las personas, los procedimientos aplicados, las variables intervinientes en el fenómeno del consumo y todo ello relacionado con la estructura del programa.

La efectividad o eficacia en salud, se ha definido como el grado en que una acción, en este caso un programa de tratamiento, alcanza sus objetivos.

Dado que las intervenciones en el tratamiento del consumo problemático de drogas se basan mayoritariamente en conceptos abstractos, la mejor manera de medirlas es transformándolas en variables cuantificables, es decir en indicadores (cualitativos y cuantitativos) que permitan medir el efecto de la acción terapéutica en la población usuaria del servicio.

La incorporación de estos indicadores de tratamiento, tiene por objeto contribuir en el desarrollo de la práctica clínica, promoviendo la realización y registro de las acciones que aumenten la probabilidad de logro terapéutico.

Para facilitar la sistematización y el análisis comparativo de programas de tratamiento en nuestro país, las variables antes mencionadas se registran en el Sistema de Información y Gestión de Tratamiento de la gestión del Programa (SISTRAT), disponible en la página web de CONACE.

A continuación se definen y describen las variables e indicadores de calidad

### **1.- Vía de Administración de las sustancias**

- **Intranasal** (aspiración de polvo por la nariz)
- **Fumada** (aspiración de gases o vapores)
- **Oral** (bebida o comida)
- **Inyectada** (intravenosa o intramuscular)
- **Otros**
- **No sabe**

### **2.- Categorías Diagnósticas**

#### **2.1.- Trastornos mentales por consumo de sustancias psicoactivas (CIE – 10)**

##### **Consumo Perjudicial:**

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).

- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.<sup>1</sup>

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

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

### **Dependencia:**

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

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

- Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir la sustancia.
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para detenerlo o disminuir la cantidad consumida.
- Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, se confirman por el conjunto de síntomas característicos de la sustancia o por el consumo de la misma sustancia que lo provoca con la intención de aliviar los síntomas.
- Tolerancia: se requiere de un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para lograr el mismo efecto que originalmente se producían con dosis más bajas.

---

<sup>1</sup> En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje o detección precoz, la categoría "Beber Problema" que coincide y amplifica la categoría de consumo nocivo de la CIE 10. Incluye la presencia de problemas de salud, más problemas familiares, económicos, laborales, con la justicia y cualquier otro que sea atribuible a la modalidad o patrón de ingestión de alcohol. Durante varios años se ha utilizado la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA) para detectar consumo perjudicial y/o de dependencia al alcohol. Hoy se utiliza el Cuestionario de Autodiagnóstico sobre riesgos en el uso del alcohol (AUDIT).

En el Anexo N° 3 se incluye la Tabla de Alerta Temprana en Drogas que se asemeja a la EBBA, pero que aún no ha sido validada.

- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o administrarse la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, como daños somáticos, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo de alguna sustancia, o deterioro cognitivo secundario al consumo.

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

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

### **Clasificación CIE 10**

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

### **Clasificación DSM-IV**

- Trastornos del estado de ánimo
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos de la personalidad
- Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Trastornos disociativos
- Trastornos somatomorfos
- Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- Trastornos facticios
- Trastornos del sueño
- Trastornos adaptativos
- Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica
- En estudio

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

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

**2.4.- Otros problemas de salud mental**

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- Maltrato Infantil
- otros

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Precontemplación:** es un estadio durante el cual las personas no piensan seriamente en cambiar, por lo menos durante los próximos seis meses.
- **Contemplación:** es el período en el que las personas están pensando seriamente en cambiar, en el plazo comprendido en los próximos seis meses. Es el estadio de mayor ambivalencia, de manera que pueden permanecer en él por años y transformarse en contempladores crónicos.
- **Preparación:** es el estadio en que las personas se encuentran preparados para emprender acciones de cambio en un breve plazo, normalmente un mes.
- **Actuación:** es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses.
- **Mantenimiento:** empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente.

**4- Contrato terapéutico:** este es una estrategia útil para **explicitar por escrito las condiciones del tratamiento**, en el cual la persona y su familia, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento y rehabilitación; al igual que **el equipo terapéutico, se compromete** a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

## 5.- Consentimiento Informado

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

El consentimiento informado debe reunir al menos tres requisitos fundamentales.

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

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

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

**6.- Egreso:** término de la relación entre la persona y el centro de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las

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

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

**8- Adherencia al programa de tratamiento:** se ha definido como el grado en que una persona cumple con las indicaciones y recomendaciones del equipo tratante para abordar su problema de consumo.

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

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

**9- Evaluación durante el proceso terapéutico:** Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico.

Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, la forma de acceso a la sustancia, si el consumo es en compañía o en solitario, qué situaciones rodean el consumo y entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en un contexto general; y asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** tipo de ocupación y nivel de inserción laboral, que incluye además estudios y uso del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4

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

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

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

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

**10- Evaluación de egreso del proceso terapéutico:** Corresponde a la apreciación clínica que hace el equipo o profesional tratante, la persona en tratamiento y su familia,

del nivel alcanzado de logro de los objetivos terapéuticos planteados al inicio del proceso y descritos en el plan de tratamiento personalizado. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Las categorías de consenso son:

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

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

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

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

metas /objetivos	logro alto	logro intermedio	logro mínimo
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

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

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto general, y el referido al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** de la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).

- **Trasgresión a la norma social:** actitudes conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud diagnosticado por CIE – 10 o DSM - 4

## **ORIENTACIONES Y PRINCIPIOS PARA LOS EQUIPOS DE LOS CENTROS EN LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

### **I.- COMPRENSIÓN DEL FENÓMENO DEL CONSUMO**

Desde una mirada ecológica, el desarrollo humano se entiende como la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo y las propiedades cambiantes de los diferentes entornos donde se desarrolla.

El modelo ecológico, más allá de las variables clásicas que se circunscriben al microsistema de la persona, quiere incidir en los diferentes *medios* donde esta persona interactúa, ya que precisamente el análisis y la transformación en positivo de estas interacciones aportarán más crecimiento personal, desarrollo humano y, en última instancia, una vida más digna y de calidad.

El uso de sustancias psicoactivas puede transformarse en un problema cuando altera el equilibrio en la interacción de la persona y los diferentes sistemas.

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

### **II.- GÉNERO**

Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado en el que consideren las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural, parece cada vez más necesario, para lograr eficacia en las intervenciones.

### **III.- ÉTNIA**

El contexto en que se produce el consumo es esencial en el proceso, por ejemplo, podemos pensar en el consumo de alcohol en un bar urbano en Chile con gran cantidad de personas colombianas o en un grupo de escolares que comparten un cigarro de marihuana en una plaza, o en un hombre que se inyecta heroína en la soledad de un callejón. El uso de drogas puede marcar el paso a la edad adulta o dotar de significado a ciertas culturas.

El acceso a los programas de tratamiento y rehabilitación y otros servicios vinculados con salud mental por parte de personas de diferentes minorías étnicas es un tema de interés. Dicho acceso ha de ser tenido en cuenta a la hora de desarrollar eficazmente programas

sobre este tipo de trastorno y centrados en este grupo específico de la población. Al igual como se ha tenido la precaución de considerar otras variables en el diseño y flexibilización del acceso a programas a personas de acuerdo a sus necesidades así también, se debe incorporar a personas de minorías étnicas dentro de este colectivo, derribando una serie de barreras en el acceso:

Es muy importante por lo tanto, sensibilizar adecuadamente a los equipos de tratamiento, provocando un cambio actitudinal, para que se trabaje con una perspectiva más abierta y se evite cualquier tipo de prejuicio.

En los programas donde se incluye personas de minorías étnicas ha de tenerse en cuenta algunos elementos de estrés como ciertas experiencias vitales a las que han podido estar expuestas las personas, incluyendo las relativas a la pre y post migración, ya sea del campo a la ciudad, como desde otra nación, en caso de haberse llevado a cabo.

Un aspecto a tener en cuenta es la variabilidad en la respuesta a los psicofármacos que presentan las personas en general y en especial las minorías étnicas, es otro aspecto a considerar en los programas. Del mismo modo que no todas las personas que prueban las drogas se vuelven dependientes a la sustancia, tampoco todos las personas tienen la misma tolerancia a los psicofármacos que se usan en el manejo de las complicaciones de las adicciones, ni todas requieren las mismas dosis de fármacos y estrategias para estabilizarse. Detrás de estas diferencias parece evidente que ha de haber un sustrato biológico que las justifique. Este componente biológico se va conociendo según se avanza en la investigación genética. Así, se van descubriendo diferencias entre personas de la misma o de diferentes etnias que condicionan una importante variabilidad en la respuesta a los fármacos, ya sean prescritos como psicofármacos legales o consumidos como drogas de abuso, en función de los diversos polimorfismos genéticos que determinan la expresión de los sistemas de neurotransmisión-neuromodulación y los variados sistemas metabólicos.

#### **IV.- CICLO VITAL INDIVIDUAL Y FAMILIAR**

##### **Ciclo Vital Individual**

El ciclo vital representa las etapas por las que pasan todos los seres humanos desde que nacen hasta que mueren,

Las teorías del ciclo vital se basan en distintos supuestos:

- a. El desarrollo tiene lugar en etapas consecutivas y claramente definidas, que tienen un orden determinado en la vida de las personas.
- b. Cada etapa del ciclo vital se caracteriza por acontecimientos o crisis que deben resolverse de forma correcta para que el desarrollo prosiga normalmente. Si la resolución no se logra en un período determinado este fracaso se verá reflejado en etapas posteriores como una inadaptación física, cognitiva, social y/o emocional.
- c. Cada etapa del ciclo tiene un rasgo predominante, una crisis distinta a resolver que puede generar fuertes vivencias de estrés en el individuo.

El ciclo vital comprende las siguientes etapas:

1. Período prenatal

Desde la implantación del óvulo hasta el nacimiento. En este período la persona está expuesta al estrés que la madre pueda sufrir así como al consumo de sustancias por parte de la madre.

2. Lactancia

Desde el nacimiento hasta los 15 meses. En este período se desarrolla una intensa relación psicológica entre el/la niño/a y su madre (relación de apego) que es fundamental para el futuro desarrollo del autoconcepto y el sí mismo.

3. Infancia

Se divide en tres periodos: Primera infancia (de los 15 meses a los 2 años y medio), Preescolar (de los 2 años y medio a los 5 años) y Escolar (de 6 a 12 años). Esta etapa se caracteriza por el desarrollo motor e intelectual, crecimiento físico y emocional y el inicio de la educación formal y las exigencias de aprendizaje y rendimiento escolar se convierten en determinantes importantes del desarrollo posterior de la personalidad. Por otra parte, se produce la interiorización de normas, la relación con los pares y el desarrollo del rol sexual.

4. Adolescencia

Se divide en tres períodos: Temprana (11 – 14 años), Media (14 – 17 años) y Tardía (17 – 20 años).

Es una etapa de profundos cambios biológicos psicológicos y sociales. A nivel biológico se produce un crecimiento óseo acelerado y aparecen los caracteres sexuales secundarios, en el plano psicológico se aceleran los procesos cognitivos y se consolida el proceso de formación de la personalidad y a nivel social es un periodo de intensa preparación para el futuro del rol del adulto joven. Los profundos cambios que se producen en esta etapa pueden llevar a desestabilizaciones importantes que pueden generar graves problemas de conducta, embarazos no deseados, comportamientos temerarios, violencia, consumo de drogas, etc.

5. Adulthood

Se divide en tres grandes períodos: Adulthood temprana o adulto joven ( 20 – 40 años), adulthood media ( 40 – 65 años ) y la adulthood tardía o vejez ( a partir de los 65 años).

La adulthood es la etapa más prolongada de la vida y en ella se va a producir hechos muy importantes como la vida en pareja de forma estable, el nacimiento y crianza de los hijos, la adquisición de mayor importancia del trabajo. Es una etapa de continuos cambios, que va a exigir continuas adaptaciones que pueden llevar a desequilibrios importantes en personas con deficiencias en etapas anteriores, como es el caso de las personas con trastorno por abuso de sustancias u otros trastornos de salud mental.

## **Ciclo Vital Familiar**

El ciclo vital familiar se constituye en un marco de referencia para la comprensión de las familias a partir del proceso de desarrollo que experimentan a lo largo del tiempo.

Este ciclo consiste en una serie de etapas que atraviesa la familia que al estar marcadas por la evolución natural y progresiva de sus miembros, están cargadas de situaciones

nuevas que implican toma de decisiones, redefinición de acuerdos y tareas así como cambios en cuanto a la estructura y dinámica familiar.

A continuación se detallan algunos aspectos de cada etapa:

1. Noviazgo, galanteo

Es la etapa en la cual un hombre y una mujer se disponen a construir una relación de pareja.

La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro, determinarán la consolidación de la relación o el término del proyecto de pareja.

2. La pareja conviviente

En esta etapa la convivencia de la pareja pone en evidencia las expectativas y cuestiona los acuerdos hechos durante el noviazgo, lo que puede significar un alto monto de estrés debido a la necesidad de definir y/o redefinir acuerdos relacionados con la vida doméstica, las actividades sociales, el manejo de la economía, la sexualidad, etc.

3. Nacimiento del primer hijo:

Esta etapa comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y desarrollo del primer hijo hasta que comienza la etapa preescolar.

El nacimiento del primer hijo modifica la estructura, dinámica y funcionamiento de la familia instala la relación triangular y los múltiples ajustes que derivan de este cambio como la redefinición de acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema conyugal como del subsistema parental.

4. Hijos en etapa escolar:

La incorporación del primer hijo/a al sistema escolar se constituye en la primera instancia en que el niño/a comparte nuevas experiencias de socialización y encuentra en sus compañeros nuevos modelos de interacción humana. Además, es la primera aproximación que hace la familia a la institución escolar, que en adelante demandará acuerdos y apoyo mutuo en el proyecto de socialización y aprendizaje del niño/a.

Por lo anterior, se entrevén las adaptaciones que suscita esta etapa tanto en el escolar como en la familia, por la nueva interacción con la institución educativa y por las "otras versiones", que el hijo introduce al sistema familiar desde la nueva experiencia socializadora.

5. Hijos adolescentes:

Es una etapa que vive la familia y está marcada por la edad del primer hijo comprendida aproximadamente entre los 12 y los 18 años.

Esta etapa del desarrollo evolutivo del hijo/a implica cambios en las dimensiones física, hormonal, emocional, sexual, intelectual, social, etc. y refleja el paso de la niñez a la adultez con la autonomía e independencia que esto conlleva.

El adolescente está construyendo su identidad desde su autoconocimiento, su opción profesional, su definición sexual, su interacción con los pares (amigos (as) de su misma edad) y cuestiona su relación con los padres y otros adultos que han representado la autoridad mediatizada en las normas.

Durante esta etapa la familia vive momentos de alta tensión en la medida en que solo realice esfuerzos hacia la estabilidad sin reconocer el momento de máxima inestabilidad por la que atraviesa el hijo adolescente.

6. Salida de los hijos:

Etapa que se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos. Se caracteriza porque los hijos están dispuestos a independizarse de la familia como parte de un proceso natural del que se pueden derivar o no, en la conformación de nuevas familias. La emancipación de los hijos genera sentimientos de pérdida en los padres por no tener el control sobre los hijos y coincide con la etapa de madurez de la pareja, cuando sus fuerzas empiezan a menguar. Esta etapa también anuncia a la pareja una oportunidad para el reencuentro cuando ya no estén los hijos, lo que estará conectado con la historia que haya vivido la pareja y la interacción que sostuvieron a pesar de las demandas de la crianza.

7. Jubilación y vejez “Nido vacío”:

La familia se reduce generalmente a la pareja en pleno retiro del mundo laboral. La tensión se presenta en el cambio de roles pues los padres ya no son la autoridad ni los proveedores, pasando a ser dependientes de los hijos y en la reacomodación de la pareja que nuevamente se encuentra cara a cara. En esta etapa también es posible, a través de la relación con los hijos y las hijas con nueras, yernos y nietos, un encuentro intergeneracional en el que los abuelos son acogidos solidaria y afectuosamente.

## V.- INTEGRACIÓN SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

De esta manera, entonces, el proceso de integración social se convierte en un eje en el tratamiento, y que es transversal a todas las etapas que lo componen.

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el contexto del tratamiento del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a reforzar las capacidades personales, y trascienden el momento del egreso del plan terapéutico, contemplando en el seguimiento un apoyo a la consolidación del proceso de integración.

En cada etapa del tratamiento existen acciones que se pueden implementar para el trabajo de este eje de intervención. A continuación se detallan cada una de ellas:

**Etapa 1, de Diagnóstico Integral:** Durante la elaboración del diagnóstico integral se sugiere incorporar aspectos relacionados con la integración social, tales como: nivel de inclusión social, intereses, habilidades y competencias para la integración social, evaluación de perfil socio ocupacional, entre otros.

Se recomienda profundizar en el diagnóstico de los siguientes aspectos:

- Sistemas de participación actual de la persona en tratamiento; en relación a atención de salud, acceso a la vivienda, situación legal, laboral, etc.
- Sistema Motivacional: aspectos relacionados con intereses, creencias y expectativas acerca de su efectividad de influir en el ambiente, valores, entre otros
- Sistema Organizacional: estructura y rutinas cotidianas, además de roles y responsabilidades.
- Sistema Ejecución: Conocer el conjunto de habilidades (perceptivo – motoras, de procesamiento y elaboración y de comunicación). Sus fortalezas y debilidades de la persona en tratamiento.
- Contextos: Conocer los ambientes de desempeño, e impactos de éstos en las personas en tratamiento por consumo problemático de sustancias psicoactivas

Para diagnosticar cada una de estas áreas se dispone, entre otros, de los siguientes instrumentos: Entrevista Socio Ocupacional y Perfil Socio Ocupacional<sup>3</sup>.

### **Perfiles Socio Ocupacionales:**

Con la información obtenida con el diagnóstico se puede establecer en el Plan de Tratamiento Personalizado un esquema de trabajo que considere las potencialidades, trabaje las debilidades y las características asociadas a cada perfil socio ocupacional. El plan de intervención debe incluir los objetivos de la mediación y/o intervención, las actividades y acciones programadas, los plazos previstos y los recursos locales con los que se cuenta o los que se deben gestionar y coordinar para facilitar la integración socio ocupacional del usuario.

El equipo o profesional encargado/a debe realizar un ajuste de expectativas entre los intereses y resultados esperados por el usuario, tomando en cuenta sus capacidades, habilidades y posibilidades en relación a la oferta ocupacional y a los recursos existentes en la red local ya sean, laborales, educacionales, de vivienda, entre otros.

Lo anterior permite definir y construir perfiles socio ocupacional coherente con las variables establecidas en los criterios para evaluar el compromiso biopsicosocial de las personas. La red social y familiar, las capacidades y competencias para la obtención de logros, el nivel de formación, la experiencia laboral previa, los antecedentes legales y comerciales, la condición de salud y los recursos del entorno o contexto social, por ejemplo.

Es importante considerar en este proceso, que se trata de una clasificación del perfil socio ocupacional, que es dinámico y flexible, ya que está determinada por las experiencias y vivencias personales. Lo que las intervenciones en la línea de apoyar la integración social debe permitir, es que la persona pueda avanzar o desarrollar un grado mayor autonomía y desempeño ocupacional satisfactorio.

### **Clasificación de Perfiles Ocupacionales**

**a.- Perfil Socio Ocupacional Alto:** Se trata de personas que poseen un empleo estable, o se encuentran estudiando y/o realizando actividades sociales, recreativas, de uso del tiempo libre, entre otras; y que pueden sentir o no, satisfacción con su desempeño ocupacional.

El medio ambiente cercano reconoce el ejercicio de los roles que desempeñan, aunque el cumplimiento de los mismos, sea disarmónico. Estos últimos requieren de ayuda o asesoría para mejorar su desempeño y satisfacción personal respecto de las actividades y roles que ejercen.

También incluye aquellas personas que no poseen empleo estable, y presentan un mediano nivel de autonomía, con experiencia laboral intermitente, con períodos de cesantía, pero que han logrado mantenerse en alguna ocupación por un espacio prolongado de tiempo (actividad regular asociada a lo social, recreativo, etc.). Es decir, se trata de usuarios que cuenten con capacidad para mantener una actividad estructurada y desempeñarla de manera aceptable como para sostenerse en ella sin disfuncionalidad del medio.

---

<sup>3</sup> Abriendo Puertas. CONACE 2004

En lo familiar, cuentan con una red de apoyo que, aunque disfuncional mantiene una actitud de apoyo y cercanía, no presenta antecedentes penales por su historia de consumo, y tampoco presenta trastornos psiquiátricos.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso leve.

Para este perfil se recomienda un **Itinerario de integración de baja intensidad**: Las personas con este perfil cuentan con un nivel satisfactorio de autonomía y es factible entregarle información y orientación hacia oficios o agencias normalizadas de empleo públicas y privadas, así como también hacia la regularización de estudios o búsqueda de capacitación de mayor calificación para la obtención de un empleo más rentable y de mayor satisfacción personal y social.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

Se debe derivar a la persona donde corresponda e iniciar un seguimiento para orientar en la resolución de conflictos (mediar) en caso de que ésta lo requiera, ayudando a reforzar algunos aspectos de su vida familiar, laboral, educacional y social para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., privilegiando la sensación de autonomía que reforzará su causalidad personal.

**b.- Perfil socio ocupacional moderado:** La persona se encuentra desempleada y sus experiencias laborales datan de trabajos esporádicos e informales con largos períodos de cesantía. Posee un mediano a bajo nivel de autonomía. Muestra baja participación en actividades ocupacionales de tipo social lo recreativa y baja percepción de logro.

Se observa con dificultad para la constitución de propósito, lo que los hace poco proactivos, con una actitud más bien pasiva respecto de sí mismo y situando la responsabilidad de lo que le acontece en el entorno.

Pudiera presentar obstáculos relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados, o presentar antecedentes penales por porte de sustancias. Cuenta con una red de apoyo familiar precario, presente pero con reparos.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos y compensados.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso moderado.

Para este perfil se sugiere un **itinerario de integración de moderada intensidad**: La persona que se ajusta a este perfil ocupacional debe dar inicio a un itinerario personalizado intensivo con apoyo y seguimiento. Se deben establecer metas menos exigentes que para el perfil anterior, aunque la demanda explícita del usuario sea encontrar trabajo u ocupación en forma inmediata.

Se deben realizar acciones concretas que apunten hacia el desarrollo de actividades ocupacionales que le permitan satisfacción personal y social, orientar hacia la capacitación y nivelación de estudios, realizando un diseño de intereses, necesidades, habilidades y oferta de formación a la que puede optar. Esta orientación debe ser lo más

realista posible, conjugando la necesidad sentida por el paciente y la realidad tanto laboral como de formación de la realidad local.

En relación al empleo se debe realizar en forma conjunta el currículo del sujeto, para ir entrenando habilidades básicas de apresto laboral. El objetivo es que la persona logre alcanzar metas que le permitan comenzar la búsqueda de empleo normalizadamente. Se debe potenciar la autoimagen de ser capaz de enfrentar las propias limitaciones y de fortalecer las habilidades descubiertas.

**c.- Perfil socio ocupacional bajo:** La persona posee un bajo nivel de autonomía. Experiencia ocupacional muy escasa o nula, autopercepción de fracaso ocupacional. El desempleo o desocupación ha sido lo más frecuente en su vida.

Puede poseer antecedentes penales por consumo y actos delictuales y presentar grados de discapacidad o problemas relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados. Baja escolaridad y formación.

La familia está presente, de tal manera que cuenta con un lugar donde vivir y con quienes vivir, pero con gran conflicto relacional; puede haber antecedentes de consumo y/o de tráfico al interior del sistema.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos, compensados, y en situación de vulnerabilidad social.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso severo.

Para este perfil se sugiere trabajar un **itinerario de alta intensidad:** es necesario reorientar a los usuarios hacia planes de formación o capacitación y trabajar las habilidades sociales más básicas de las que carezca, reforzando al máximo sus recursos personales. Se debe trabajar objetivos que apunten a resolver sus problemas judiciales, de vivienda, familiares, deterioros físicos y/o de salud.

Se sugiere que se realicen actividades que le ayuden a reforzar algunos aspectos de su vida social y laboral, para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., así como también, orientar a hacer uso de los servicios sociales adecuados en cada caso, a sean grupos de autoayuda o centros específicos para la integración social de discapacitados, en caso de ser requeridos.

El análisis de las necesidades y posibilidades de la persona en lo que a ocupación se refiere, debe incluir el empleo, que conduzca al diseño de ofertas laborales y ocupacionales que puedan darle respuesta (empleo protegido, voluntariados)

Este perfil requiere de una intervención a largo plazo, muy intensiva, lo que implica un mayor uso de recursos personales, sociales y comunitarios y una oferta laboral y de actividades más amplia y específica; así como estar bien coordinadas con las actividades terapéuticas del tratamiento y rehabilitación.

**d.- Perfil socio ocupacional de casos especiales:** La persona presentan reiteradas experiencias de fracaso en actividades ocupacionales, con una muy baja o nula motivación hacia la realización de actividades con propósito.

Pueden tener presencia de trastorno psiquiátrico severo (psicosis, trastornos orgánicos, desórdenes antisociales, etc.) con una larga historia de consumo.

No hay familia que acompañe o apoye, o su disfuncionalidad es tan grave, que no es recomendable la inserción en ella (altos índices de violencia, abuso, tráfico, consumo de drogas). Puede presentar problemas físicos crónicos asociados al consumo.

Antecedentes penales por consumo, tráfico y/o delitos comunes.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumo de drogas, son de compromiso muy severo.

Este perfil requiere de una mediación socio ocupacional intensa con características de tutoría.

### **Itinerario de Integración específico**

Se sugiere diseñar un itinerario de integración específico. La integración con personas que presentan este perfil no permite iniciar itinerarios de trabajo utilizando los mismos procedimientos que con los perfiles anteriores, se requiere comenzar a desarrollar otro tipo de alternativas que busquen la integración entre cubrir la integración básica y tener una integración.

Estas personas presentan un deterioro que hace imposible recuperar ciertas capacidades imprescindibles en el mercado laboral normalizado. Son aquellas personas a las que se les denomina como “inempleables”, al menos tal como está concebido el empleo en la sociedad actual. Sin embargo, la integración ocupacional puede ser un medio para mejorar las posibilidades de integración social y una ayuda a procesos de cambio.

Se sugiere una orientación hacia la incorporación de actividades protegidas, grupos de autoayuda, hogares protegidos, integración social, casas de acogida y, en particular, con aquellas personas que presentan patología dual (trastornos psiquiátricos severos y consumo problemático de drogas), una coordinación y integración asistida al sistema de salud.

### **Etapas 2, de Tratamiento y Reparación:**

En esta etapa al construir el plan individualizado de tratamiento se sugiere incorporar actividades como talleres, realizar coordinaciones con otras organizaciones, etc. que permitan a la persona habilitarse, reforzar y reparar los aspectos necesarios para la integración social. Una herramienta a utilizar en esta etapa puede ser el Manual de Apresto Laboral.<sup>3</sup>

### **Etapas 3, de Reinserción:**

En esta etapa debiera darse un proceso de **incorporación**, el cual se define como un proceso personalizado y flexible, constituido por acciones e integración que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y integración social, integración y capacidad crítica con su entorno, así como también debe implicar cambios y acciones en el entorno en donde se pretende que la persona se integre. En esta etapa debe existir un procedimiento y metodología clara para que la persona se incorpore a las distintas esferas de lo social. Es el momento en que la persona participa efectivamente de distintas instancias e integración concretas de integración (trabajo, barrio, integración, etc.). Estas acciones deben estar planificadas y deben responder a una metodología de trabajo claramente definida. Para esto se recomienda utilizar las herramientas de trabajo en red y la construcción de un itinerario de integración.

---

<sup>3</sup> Manual De Apresto Laboral. CONACE.

#### **Etapa 4: Seguimiento**

Esta etapa tiene como objetivo principal evaluar la mantención de los logros del proceso terapéutico una vez egresada la persona del programa del centro, por lo que en lo que se refiere a la integración social en este contexto, el equipo de tratamiento, tiene la función de apoyar en caso necesario a la persona para vincularla con las instancias que correspondan.

## ENTREVISTA PARA LA INTEGRACIÓN SOCIO OCUPACIONAL.

Fecha			
Nombre del entrevistado			
Nombre del centro			
Tipo de plan al que pertenece el usuario			
Fecha ingreso al centro			
Nombre terapeuta contacto			
Dirección del usuario		Comuna	

### I. Las actividades realizadas:

1. ¿Que hacías antes de ingresar al centro? (describir la o las actividades)
2. ¿Cuáles eran tus responsabilidades en lo que hacías?
3. ¿Te gustaba lo que hacías?
4. ¿Las personas cercanas a ti, valoraban lo que hacías?
5. ¿Has realizado alguna actividad de la cual te sientas orgulloso?
6. Aparte de tu (trabajo, estudio) tienes otras responsabilidades, (amigos, casa, voluntariado, organizaciones sociales, etc.)
7. ¿Cuáles?
8. ¿Crees que las actividades que realizabas se vieron afectadas por tu consumo de drogas?
9. ¿De qué manera?

### II. Eventos críticos:

10. ¿Cuándo consideras tú que en tu vida hubo un cambio?
11. ¿Cuáles han sido los eventos o experiencias que más afectaron o cambiaron tu vida?
12. ¿Cuándo consideras tú, que las cosas en tu vida han estado mejor?
13. ¿Qué cosas hiciste tú, que permitieron que las cosas estuvieran mejor?
14. ¿Cuál consideras tú, que es el mayor éxito en tu vida?
15. ¿Cuál crees que ha sido el mayor fracaso en tu vida?

### **III. Organización del tiempo.**

16. Describe un día durante la semana y señala las diferencias con respecto al fin de semana.
17. Si llegaras a tener un día realmente bueno o realmente malo ¿Cómo sería?
18. ¿Cómo era tú rutina, hasta seis meses antes de ingresar al centro de tratamiento?
19. ¿Cuáles son las diferencias respecto de tu rutina actual?
20. ¿Qué es lo que más te gustaría cambiar de tu rutina?
21. ¿Qué es lo que mantendrías de tu rutina?
22. ¿Qué cosas haces para divertirte o relajarte?
23. ¿Qué actividades de tiempo libre realizas?
24. ¿Con quiénes te diviertes o relajas?
25. ¿Cuáles te gustaría realizar?

### **IV. Propositividad.**

26. ¿Cuáles son algunas de las cosas que considera importante para usted?
27. ¿Le ha sido posible en su vida escoger las cosas importantes para usted?
28. ¿Cuál es el principal desafío que enfrentas actualmente?
29. ¿Qué metas te planteas hoy para tu futuro?
30. ¿Cuáles son las principales aprehensiones o miedos que tienes con respecto de tu futuro?
31. ¿En relación a las metas cuáles son los recursos físicos y sociales con que cuentas para cumplirlas?

### **V. Condición de salud**

32. ¿Cuál es tu estado de salud actual?
33. ¿Tienes alguna enfermedad crónica? ¿desde cuando?
34. ¿Poseen alguna enfermedad siquiátrica? ¿te estás tratando?
35. ¿Posees algún tipo de discapacidad física? ¿consideras que te ha impedido realizar algunas actividades significativas para ti?

### **VI. Recursos del entorno o ambiente social.**

36. ¿Cómo es el lugar donde vives? (describir casa, barrio)
37. ¿Estás conforme con el lugar donde vives? ¿Qué cambiarías?
38. ¿Quiénes son las personas más importantes en su vida?
39. En caso de necesitar ayuda, con qué persona(s) cuántas (amigos, familiares, pareja, etc.)
40. ¿Qué tipo de ayuda podrías recibir de estas personas? Describir.
41. ¿Cómo es el lugar donde trabajas o estudias? Describir.
42. ¿Estás conforme con el lugar donde trabajas o estudias?
43. ¿Cómo te llevas con tus jefes y compañeros de trabajo? (para los que estudian, profesores y compañeros de estudio)

## PAUTA DE EVALUACIÓN

- **Apoya sustancialmente la integración:** el ítem apoya sustancialmente la integración del usuario. El resultado del ítem lleva a buenos pronósticos para el usuario. Es muy probable que los aspectos positivos del ítem beneficien su integración socio ocupacional.
- **Apoya la integración:** el ítem apoya la integración del usuario. Los aspectos positivos de este ítem sobrepasan a los aspectos negativos dando al usuario una ventaja para su integración socio ocupacional.

**Interfiere la integración:** el ítem interfiere la integración del usuario. Los resultados de este ítem lleva a pronósticos negativos para el usuario. Es muy probable que los aspectos negativos de este ítem interfieran con su integración socio ocupacional.

**Interfiere sustancialmente la integración:** el ítem interfiere sustancialmente la integración del usuario. Los resultados de este ítem llevan a pronósticos negativos para el usuario. Es muy probable que los aspectos negativos de este ítem interfieran sustancialmente con su integración socio ocupacional.

Concepto	Puntaje
Apoya sustancialmente la integración	4
Apoya la integración	3
Interfiere la integración	2
Interfiere sustancial mente la integración	1

Variables	Dimensiones	Ítems	Puntaje
<b>IDENTIDAD OCUPACIONAL</b>	<b>Eventos críticos</b>	1. Identifica los eventos o experiencias que más han cambiado su vida de manera favorable y/o desfavorable.	
		2. Logra definir el momento en que considera que estuvo haciendo mejor las cosas.	
		3. Asume un grado de responsabilidad personal frente a los hechos relevantes de su vida.	
	<b>Las Actividades realizadas</b>	4. La persona identifica el o los roles más importantes en su vida. (estudiante, dueña de casa, trabajador etc.)	
		5. Está satisfecho el sujeto frente a estos roles.	
		6. La persona identifica intereses y motivaciones en sus actividades	
		7. La persona reconoce como llegó a desempeñarse en la actividad y/o ocupación referida.	

Variables	Dimensiones	Ítem	Puntaje	
COMPETENCIA	Organización del tiempo	8. Logra describir su rutina diaria.		
		9. organiza su tiempo de acuerdo a sus expectativas.		
		10. Nivel de satisfacción del sujeto en relación a su rutina diaria.		
	Propositividad	11. Tiene la percepción de haber decidido sus actividades y/o ocupaciones.		
		12. Posee capacidad de fijarse metas o planes para el futuro.		
		13. Reconoce sus motivaciones e intereses en la elección de su actividad y / ocupación.		
		14. Son sus expectativas personales coherentes con sus habilidades y destrezas para realizar una actividad.		
		15. La persona ha desempeñado los roles asumidos		
	Condición de salud	16. posee una condición de salud física acorde con sus expectativas		
		17. posee una condición de salud mental acorde con sus expectativas		
	CONTEXTO	Presencia de red apoyo familiar y social	18. Identifica figuras significativas en el ámbito familiar, laboral y social.	
			19. Identifica figuras significativas en el ámbito laboral y social.	
20. Cuenta con el apoyo de figuras significativas en la actualidad				
21. Identifica los recursos que le otorga su red de apoyo social				
22. Posee las capacidades para movilizar su red de apoyo social				
23. Posee un entorno cultural integrador con valores coherente con el sistema social del país				
Situación económica y de vivienda		24. Posee condiciones vivienda básicas y acorde con sus expectativas		
		25. Tiene vivienda propia o vive en forma independiente		
		26. Obtiene ingresos económicos suficientes para sus necesidades y gastos		
Antecedentes legales o comerciales		27. No posee antecedentes comerciales		
		28. no presenta detenciones por consumo de drogas		
		29. no presenta detenciones por actos delictuales.		
		30. no presenta detenciones por porte de sustancia		
		31. no presenta detenciones por tráfico de sustancia		
		32. La persona reconoce su grado de responsabilidad en los actos delictuales.		

**Determinación del perfil socio ocupacional:**

Alto  Moderado  Bajo  Caso especial

**Comentarios finales del diagnostico:**

---

---

---

---

---

---

---

---

## VI.- NORMA SOCIAL Y SU TRASGRESIÓN.

En toda sociedad humana existen pautas que regulan el comportamiento de sus integrantes. Estas pautas establecen de manera explícita o implícita lo esperado en determinadas circunstancias. Estas pautas corresponden a las normas sociales, que son incorporadas en las personas a través de los procesos de socialización.

Corresponde a cada grupo social mantener la vigencia de los aspectos normativos en el sentido de sancionar la observancia o no a lo que las normas prescriben o prohíben. Asociado a cada norma existen valores, sentimientos y conocimientos que son la base por la cual el individuo ajusta su conducta a ellas.

Existen procesos estructurales de cambios normativos, en los cuales la observancia a las normas vigentes disminuye y surgen nuevas pautas de conducta que comienzan a reemplazarlas. Otro aspecto a considerar son las diferencias normativas entre grupos de la sociedad, en las cuales lo que es valorado o aceptado por un grupo no lo es por otros.

Cada sociedad y grupo humano establecen metas o propósitos a alcanzar por los individuos como por ejemplo: el éxito, el consumo, lograr una familia, una profesión, etc. Conjuntamente a ellos establecen los caminos o mecanismos para alcanzar esos propósitos. Estos mecanismos son las normas que establecen los comportamientos aceptables para alcanzar las metas sociales. (Merton<sup>2</sup>).

La presión por el éxito es constante, las oportunidades pueden ser mínimas, los medios legitimados por su grupo social insuficientes, la frustración permanece por tanto para llegar al mismo fin puede considerar medios no legitimados incluso castigados por su grupo

La conducta desviada de las normas surge bajo dos circunstancias principales, la aceptación de los mecanismos normativos y la aceptación de los propósitos o metas sociales. De esta manera se pueden establecer diferentes situaciones:

Existirían, de acuerdo al autor señalado, cinco posibles reacciones ante la tensión entre finalidad y medios para alcanzarlos:

**Adaptación:** Las personas aceptan, se adaptan a los medios disponibles, desestimando el valor del triunfo o éxito.

**Innovación:** Comparte propósitos de su sociedad (por ej. éxito económico) utilizando medios que pueden ser ilegítimos y /o ilegales para alcanzarlos.

**Ritualismo:** Las normas se siguen porque sí, no existe mayor cuestionamiento aunque los resultados compensen poco o nada sus expectativas.

**Retraimiento:** Están fuera del marco de la competencia por el éxito y de los medios legitimados. (por ej. persona en calle).

**Rebelión:** Rechazan los propósitos aceptados y los medios para alcanzarlos, concentrando sus esfuerzos para reemplazarlos por nuevos valores que lleven a un nuevo sistema social que incluirá nuevos mecanismos para lograr sus propósitos.

---

2 Robert Merton Tª de las Funciones manifiestas y latentes

Lo mencionado anteriormente pretende visualizar que la conducta que trasgrede las normas nos es sólo una conducta individual, sino que se sitúa en un contexto. La comprensión de este fenómeno implica situar la conducta en la biografía de la persona, en el contexto histórico y social. Una persona puede tener un estilo de vida que no necesariamente trasgrede las leyes, pero si lo hace con valores, normas, medios y oportunidades brindadas por su grupo de pertenencia.

## A.- Infracción De Ley.

### Conceptualizaciones Jurídicas

Un tipo de conductas consideradas como desviadas corresponden a la trasgresión de normas jurídicas por parte de los individuos. Estas se constituyen en delitos que son sancionadas a través de penas y medidas judiciales.

La pena es una consecuencia jurídica que se impone al responsable de un delito, cuyo fin es lograr efectos de prevención general y específica, de manera de proteger los bienes jurídicos que la sociedad estima más valiosos. La pena debe ser declarada a través de una sentencia condenatoria, pronunciada por un tribunal competente, en virtud de un proceso previo legalmente tramitado.

La pena se traduce en una restricción o pérdida de determinados derechos del individuo. En nuestro ordenamiento jurídico los derechos que pueden ser objeto de restricción o privación en virtud de una sanción penal son: **la libertad personal** (por ej. la reclusión, extrañamiento, destierro); **la libertad de trabajo y la igualdad ante los cargos públicos** (ej. inhabilitación y suspensión para cargos públicos o profesiones titulares); **el derecho a sufragio y el derecho a ser elegido** (ej. inhabilitación para derechos políticos); y, **la propiedad** (ej. multas, comiso).<sup>3</sup>

### ¿Cuándo una sanción puede relacionarse con una instancia de tratamiento?

La gran mayoría de las personas que presentan consumo problemático de drogas, no cometen delitos, sin embargo, un porcentaje importante de la población que comete delito presenta problemas de consumo de drogas. Lo anterior ha provocado que en los últimos años, se haya puesto sobre la mesa la discusión, análisis y reflexión de las posibles relaciones y asociaciones existentes entre la comisión de delitos y el consumo de drogas.

Lo que hoy en día se puede decir es que ambos comportamientos comparten causas y consecuencias, que se interrelacionan. Por lo tanto cuando se interviene sobre uno de ellos es probable que se produzca un efecto en ambos, es decir, al reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo, también se reduce la probabilidad de reincidencia en la comisión de delitos y viceversa<sup>4</sup>.

Por lo tanto es posible que ingresen a programas de tratamiento por su consumo problemático de drogas, personas derivadas del sistema jurídico por infracción de ley, (Ley de drogas 20.000, Ley 19.995, sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas,

<sup>3</sup> El Artículo 1º del Código Penal señala que " Es delito toda acción u omisión voluntaria penada por la ley. "Art. 3.º Los delitos, atendida su gravedad, se dividen en crímenes, simples delitos y faltas y se califican de tales según la pena que les está asignada en la escala general del artículo 21."

<sup>4</sup> Nota, para mayor información ver: "Abordaje terapéutico en el tratamiento del consumo problemático de drogas de personas que han cometido delitos " Publicación Área Técnica en Tratamiento CONACE 2008

en la 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal y en la Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia).

### **Imposición de una pena.**

Como se ha señalado, la consecuencia jurídica de un delito estará dada por la imposición de una pena. Nuestro sistema penal se caracteriza por su heterogeneidad, es decir, existe no una sino varias clases de penas, aunque en la práctica se da un predominio de las penas privativas de libertad<sup>5</sup> por sobre las otras clases de pena, como, por ejemplo, las penas restrictivas de libertad<sup>6</sup>.

Cuando el individuo está cumpliendo una pena de privación de libertad, podrá acceder a tratamiento de consumo problemático de drogas por su voluntad si existe la instancia o programa de tratamiento intra penitenciario.

Si la pena es sólo restrictiva de libertad podrá acceder voluntariamente a tratamiento en las redes asistenciales o, igualmente, podría ser condenado a tratamiento, de acuerdo a lo establecido en la Ley 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas; en la Ley 19.925, sobre Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas; en la Ley 20.084, que establece un sistema de responsabilidad de los adolescentes por infracciones a la ley penal y en la Ley 19.968, que crea los Tribunales de Familia.

### **Imposición de una medida cautelar personal**

Puede ocurrir que, durante el proceso de investigación, la persona sea enviada a un tratamiento por orden del juez a través de una medida cautelar.

Las medidas cautelares son resoluciones que el juez puede dictar en contra del imputado limitando provisionalmente su libertad o la libre disposición de sus bienes, con el objeto de garantizar los efectos penales o civiles de la sentencia, pero que no son penas en sentido estricto.<sup>7</sup> Estas medidas pueden ser personales o reales.

Las medidas cautelares personales que puede adoptar el tribunal en el proceso penal, con el objeto de asegurar la realización de los fines del procedimiento son: a) Citación, b) detención, c) prisión preventiva<sup>8</sup> y d) Medidas Cautelares Generales contemplada en el artículo 155 del Código Procesal Penal.

El artículo 155 del Código Procesal Penal señala siete posibilidades dentro de estas medida generales de las cuales dos pudieran tener relación con concurrir a una instancia de tratamiento:

---

5 Penas Privativas de Libertad: Aquellas que privan al delincuente completamente de su libertad por un tiempo determinado o por toda la vida. Ejemplo: Presidio Perpetuo Calificado

6 Penas Restrictivas de Libertad: Aquellas que no privan al delincuente completamente de su libertad sino que sólo la restringen.

7 El artículo 20 del Código Penal establece que no se consideran penas la restricción de la libertad de los imputados (medidas cautelares personales), la separación de los empleos públicos acordada por las autoridades en uso de sus atribuciones o por el tribunal durante el proceso o para instruirlo, ni las multas ni demás medidas correccionales que los superiores jerárquicos impongan a los subordinados y gobernados en uso de sus atribuciones disciplinarias o gubernativas.

8 Es importante tener presente que la prisión preventiva sólo procederá cuando las demás medidas cautelares personales fuesen insuficientes para asegurar las finalidades del procedimiento.

a) La sujeción a la vigilancia de una persona o institución determinada, las que informarán periódicamente al juez; (en el caso que el juez envíe a una persona imputada a un centro de tratamiento para su evaluación).

b) La obligación de presentarse periódicamente ante el juez o ante la autoridad que él designare;

### **Suspensión condicional de procedimiento (SCP)**

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

En términos generales, se puede definir la suspensión condicional del procedimiento como una salida alternativa, consistente en suspender el procedimiento, a petición del fiscal y con acuerdo de la persona imputada, previa aprobación del juez de garantía, quien establece las condiciones a las que deberá someterse durante el plazo que se determine, el que no puede ser inferior a un año y no superior a tres.

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

- **Tribunales de Tratamiento de Drogas**

Consiste en una modalidad de trabajo en la cual el mundo jurídico y sanitario se unen coherentemente para buscar una respuesta adecuada al incremento de uso de drogas y comisión del delito.

Esta iniciativa se convierte en una alternativa a la sanción que busca intervenir tanto en la disminución de la reincidencia en el delito, en la reducción del consumo problemático y en la inserción social de la persona. Con ello esta iniciativa va más allá del castigo al mal causado, incorporando evitar su recurrencia.

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

La UNODC<sup>9</sup> establece 12 principios que guían la implementación de los TTD en la actualidad:<sup>10</sup>

---

9 Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito.

10 María Mercedes Dueñas Asesora UNODC Colombia. 2007

### **Unión entre el Tratamiento y los Tribunales.**

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

### **Acercamiento entre los opuestos para las decisiones.**

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

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

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

- **Servicios de Tratamiento**

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

- **Supervisión permanente mediante pruebas (test) de drogas**

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

- **Estímulos y sanciones**

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

- **Supervisión Judicial Continua**

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

### **Evaluación para medir el éxito del programa**

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

- **Capacitación interdisciplinaria**

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

- **Asociaciones con la Comunidad**

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

- **La importancia del Manejo del Caso**

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

- **El programa debe ser flexible**

El tratamiento debe ser respuesta a las necesidades del participante adecuándose a ellas por ejemplo; mujer con hijos entra al programa de T.T.D. Dentro de la flexibilidad esta la variable duración del tratamiento conjugada con la duración de la sanción.

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

Los desafíos permanentes en este programa, considerando la experiencia nacional, serían un permanente esfuerzo por lograr comprensiones comunes de conceptos tanto desde el ámbito jurídico como del ámbito sanitario. Así como también conjugar intereses distintos que eviten obstaculizar el proceso, tanto al interior del mismo sistema judicial como del sistema sanitario.

## **ORIENTACIONES Y SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

La intervención terapéutica con personas consumidoras problemáticas de drogas, que son derivadas a tratamiento formalizadas por un delito, es similar al tratamiento de personas que no presentan comisión de delitos. Sin embargo, dada la evidencia que existe respecto de las características observadas en esta población, el énfasis de la intervención está en torno al pensamiento y valores pro sociales.

La intervención en esta área, se deben orientar principalmente a favorecer y facilitar que la persona problematice la conducta delictual, tome conciencia del daño o mal causado a terceros, se responsabilice de su comportamiento y repare si es necesario, con el objetivo de prevenir comportamientos similares futuros.

## **Sugerencias para el Tratamiento**

### **Diagnóstico**

Cuando una persona es derivada a tratamiento, en este contexto, es pertinente en el diagnóstico integral abordar directamente la comisión de los delitos por lo cuáles ha sido formalizado.

En la o las entrevistas es recomendable indagar respecto de

#### **a.- Versión del delito (actual):**

- Recoger relato textual (¿actuó sólo?, ¿estado?, ¿motivo?, ¿cómo fue aprehendido?, ¿violencia?, ¿lo había hecho antes?)
- Establecer hipótesis sobre factores predisponentes.
- Establecer hipótesis sobre factores desencadenantes.
- Observar actitud respecto del delito
- En ocasiones es importante contrastar con la versión jurídica

#### **b.- Actitud frente al delito:**

- Conciencia de Delito: (dimensión cognitiva valores vulnerados, atribuciones, locus de control, afectiva, disposición a la acción)
- Conciencia del Mal Causado
- Disposición al Cambio
- Observaciones: (evaluar planificación a futuro, calidad, factibilidad)

#### **c.- Conciencia de delito:**

##### Aspecto intelectual:

- Análisis del relato de la persona
- Reconocimiento del grado de participación en el delito (asumirlo en primera persona)
- Negación, minimización, difusión de la responsabilidad en el hecho, auto-justificación.
- Juicio crítico, valoración de los hechos, autocrítica

##### Aspecto emocional:

- *Análisis del modo de expresión de la persona: tono de voz, mímica, gestualidad, etc.*
- Concordancia ideo-afectiva ante el delito
- Discordancia, trivialización del hecho, indiferencia.
- Expresiones de culpa, pesar, arrepentimiento, dolor o similares
- Necesidad de reparación a las víctimas, a familiares o a terceros

#### **d.- Conciencia de daño causado**

- Capacidad de ponerse en el lugar de la víctima (empatía, resonancia afectiva, egocentrismo)
- Atribución de responsabilidad a la víctima

- Reconocimiento del daño social que implica el delito

La presencia de una actitud empática frente a la víctima, arrepentimiento coherente entre el discurso y el tono emocional y ausencia de minimización frente al hecho, son señales relevantes para considerar que la persona está en condiciones de asumir la responsabilidad y la consecuencia del acto y, que el tratamiento puede realizarse en un contexto grupal.

Cuando la persona no refiere conciencia de delito, minimiza el acto, no empatiza con la víctima, es posible que sea necesario además realizar intervenciones individuales, en donde estos aspectos sean abordados con mayor detenimiento.

Los énfasis en el tratamiento de personas derivadas en contexto judicial, dicen relación con abordar el pensamiento prosocial y valores pro sociales

El pensamiento prosocial y el desarrollo de valores prosociales<sup>11</sup>, se refiere a la presencia de habilidades cognitivas y emocionales necesarias para un adecuado ajuste social.

La investigación ha evidenciado que las personas que han cometido delito, presentan frecuentemente déficit de estas habilidades, siendo el entrenamiento de las mismas un componente esencial para el cambio. Las habilidades con menor desarrollo, observadas en esta población, son: resolución de problemas, habilidades de negociación, control de impulsos y empatía.

La conducta prosocial inhibe la conducta agresiva<sup>12</sup>, siendo la empatía, el proceso emocional, el aspecto más relevante en la conducta prosocial, en tanto que en el desarrollo del pensamiento prosocial es el razonamiento.

Es por ello que las personas empáticas son menos agresivas dada su sensibilidad emocional y su capacidad para comprender las consecuencias negativas que se pueden derivar de la agresión.

La empatía aparece como un fuerte motivador de la conducta prosocial en la infancia y en la adolescencia (Carlo et al., 2003). Con el paso de la infancia a la adolescencia, los argumentos que se utilizan en el razonamiento prosocial avanzan hacia el ajuste a las normas y la necesidad del otro, mientras que en la infancia predominan los argumentos orientados a buscar la aprobación.

Un planteamiento interesante de mencionar es el desarrollado por Eisenberg, N. y colaboradores en la Universidad de Burgos el año 2000 quienes estudiaron la conducta prosocial en función del razonamiento que el sujeto lleva a cabo ante un problema o una necesidad de otra persona que implica una respuesta de ayuda.

Se han definido categorías de razonamiento, a saber:

---

<sup>11</sup> "El pensamiento prosocial: el modelo cognitivo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia" de Robert R. Ross y Vicente Garrido de la Universidad de Ottawa Canadá y Universidad de Valencia España 1990

<sup>12</sup> Seligman 2000 Psicología Positiva

- **Hedonista** Se orienta a la obtención del placer (beneficio hedonista) de la propia persona que realiza la acción.
- **Orientado a las necesidades** Identifica las necesidades físicas o psicológicas de otros y las considera en su razonamiento.
- **Orientado a la aprobación** Orientado a la aceptación y aprobación de otros al decidir cuál es la conducta correcta.
- **Estereotipado** Se justifica el desarrollo de una acción, con conceptos repetitivos frecuentemente (estereotipados) de conducta y/o en personas buenas o malas.
- **Internalizado:** Incluye empatía, toma de perspectiva, afecto positivo y negativo, reciprocidad generalizada, anticipación de consecuencias.

Se trata entonces que la persona incorpore la necesidad del otro con un razonamiento internalizado, lo que favorece una conducta prosocial. El razonamiento hedonista y el razonamiento en función de la aprobación inhiben la conducta prosocial

Según este autor los mecanismos reguladores del comportamiento prosocial son la cognición, la emoción y la autorregulación, en donde la familia, los pares y el contexto son agentes socializadores morales.

Los estilos de crianza, estilos de crianza, hostiles, rígidos o de rechazo o indiferencia hacia los hijos, inhiben la disposición prosocial y favorecen la agresividad

Factores potenciadores de la disposición prosocial

- empatía : en su componente emocional y prosocial
- Estilos de crianza: amor y control
- Razonamiento internalizado

Factores inhibidores de la disposición prosocial

- Agresividad
- Inestabilidad emocional
- Estilos de crianza: hostilidad
- Razonamiento hedonista.

Por lo tanto en el tratamiento es necesario intervenir para el desarrollo prosocial a través del entrenamiento de habilidades cognitivas y desarrollo de la empatía.

Para el desarrollo de la empatía se sugiere:

- Trabajar la capacidad para ponerse en el lugar del otro
- .Analizar los sentimientos que se derivan de evaluar la situación o el problema que experimenta otra persona
- Analizar y diferenciar las conductas y consecuencias para la víctima que se derivan de una disposición empática o de la ausencia de ella.

## **Intervenciones**

Para el desarrollo de habilidades cognitivas se sugiere <sup>13</sup> principalmente intervenciones psicosociales de grupo.

### **a.- Entrenamiento en la solución de problemas.**

#### **Objetivos**

- Ofrecer soluciones específicas a problemas. concretos
- Enseñar habilidades cognitivas y conductuales que permitan capacitar a usuario para desarrollar una aproximación general a los problemas

#### **Habilidades a entrenar:**

##### Reconocimiento de problemas

- Importancia de reconocer cuándo existe un problema, señales internas (físicas y emocionales) y externas (expresión facial, gestos, conductas)
- ¿Que sentimientos experimentamos cuando tenemos un problema?

##### Identificación de Problemas

- Definición de Hechos y Opiniones
- Establecer diferencias entre Hechos y Opiniones

##### Recopilación de información

- Recoger información
- Recordar datos

##### Conceptualización

- Enseñar a recordar información.
- Escuchar atentamente cuando se dan los datos
- Pedir más información cuando no se está seguro de haber entendido todo
- Anotar la información
- Repetirla antes de memorizarla

##### Comunicación no verbal

- Lenguaje corporal
- Reconocimiento de situaciones no verbales

##### Comunicación verbal

- Reconocimiento de la existencia de diversidad de pensamientos y opiniones en las personas
- Énfasis en que lo diferente no es incorrecto, sino distinto

##### Pensamiento alternativo

---

<sup>13</sup> “ El pensamiento Prosocial “Una guía de trabajo para la prevención y el tratamiento de la delincuencia y la drogodependencia “ Robert R. Ross, Vicente Garrido, Elizabeth Fabiani, Ana M. Gómez Universidad de Ottawa, Canadá Universidad de Valencia España

- detenerse a pensar en todas las alternativas posibles

#### Pensamiento consecuente

- Definición de consecuencia: aquello que sucederá si hacemos o decimos algo.
- Reacción a lo que decimos o hacemos.
- Establecer diferencia entre buena y mala consecuencia (logro de meta y satisfacción de necesidades)

#### Comunicación asertiva: Definición de tipos de respuestas:

- No asertiva
- Agresiva
- Asertiva

### **b.- Entrenamiento de habilidades sociales**

Con esta población se sugiere preferentemente entrenar en

- Pedir ayuda
- Expresar quejas
- Responder a los sentimientos de los demás
- Responder a la manipulación
- Responder ante el fracaso
- Responder a mensajes contradictorios
- Responder a una queja

### **c.- Desarrollo de valores prosociales**

Para facilitar el desarrollo de valores pro sociales es necesario tener presente:

- No sermonear
- No dar consejos o decir que valores son correctos
- Trabajar con el sistema de creencias de la persona
- Entrenar en la toma de perspectiva social.
- No buscar consensos, sino amplitud de opiniones
- Estimular la consideración del punto de vista del otro.

**Plantear Dilemas morales:** Una actividad recomendada es el planteamiento de dilemas, para lo cual se sugiere seguir los siguientes pasos:

- Presentar Dilema Moral (situación donde entren en conflicto) ¿qué es lo que ellos harían?
- Hacer que cada persona piense en el Dilema Moral y decida que debería hacer el personaje central y las razones que lo llevan a pensar de esa manera.
- Formar grupos de discusión donde se examinen posturas a favor y en contra de diferentes temas
- Estimular la reflexión sobre la posición adoptada

### **d.- Entrenamiento en el control de la rabia**

Se trata principalmente de aprender a:

- Reconocer las situaciones que provocan irritación.
- Reducir la probabilidad que estas situaciones provoquen irritación.
- Reconocer signos internos y externos

## **VII.- SEGUIMIENTO POSTERIOR AL EGRESO DE TRATAMIENTO**

### **Seguimiento y Reforzamiento**

Solucionar la dependencia requiere de cambios profundos, que se inician en el proceso terapéutico al interior de un centro con el apoyo de un equipo especialista y continuarán llevándose a cabo a lo largo de la vida. Se estima que en un tiempo no menor a 3 años después del egreso se logra la consolidación y mantención de los cambios en el estilo de vida.

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

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

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

**Se espera que dentro de este proceso, las personas se incorporen a instancias de participación como en Grupos de Autoayuda.**

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

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

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

Para las personas residentes lejos del Centro de Tratamiento, en la medida de lo posible, se sugiere establecer una conexión con terapeutas conocedores del modelo, en los centros de salud de atención primaria cerca del domicilio de las personas, para efectuar este seguimiento y apoyo.

Para realizar el seguimiento, se sugiere diseñar un programa en base a acciones y técnicas específicas de observación, evaluación y fortalecimiento de los avances, progresos y/o dificultades del proceso de rehabilitación, como también del proceso de incorporación social diseñado y ejecutado en la etapa de egreso del tratamiento.

PLAN AMBULATORIO BASICO				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Acoger y otorgar contención emocional</li> <li>Evaluar y Confirmar diagnóstico</li> <li>Abordaje de complicaciones médicas</li> <li>Apoyar proceso de desintoxicación</li> <li>Iniciar motivación a tratamiento</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Consulta salud mental fliar. Consulta psicológica fliar. Interv. psicosocial grupo pares Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental /8	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional a cargo Psicóloga/o Tec. Rehab /Profesional a cargo As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico consumo</li> <li>- Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>- Diagnóstico comorbilidad</li> <li>- Evaluación estadio motivacional</li> <li>- Consentimiento informado</li> <li>- Consultorías realizadas</li> <li>- Referencia asistida realizada</li> <li>- Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> </ul>
2º al 5º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</li> <li>Intervenir en los factores mantenedores del consumo</li> <li>Prevención de recaídas</li> <li>Manejo de proceso dx. de mediano plazo</li> <li>Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</li> <li>Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Intervención Psicosocial grupal familiar. Interv Psicosocial grupo pares Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental /8	Profesional /T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de tratamiento formulado</li> <li>- Asistencia semanal</li> <li>- Indicadores de proceso</li> <li>- Interconsultas realizadas</li> <li>- Consultorías realizadas</li> <li>- Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> </ul>
6º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar reestructuración de proyecto de vida</li> <li>Resignificación de situaciones de consumo</li> <li>Fortalecer percepción de auto eficacia</li> <li>Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta psicológica individual Consulta salud mental fliar. Consulta psicológica fliar. Interv. Psicosocial grupo pares Interv psicosocial grupal fliar. Visita domiciliaria Consultoría Salud Mental	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia semanal</li> <li>- Indicadores de proceso: con relevancia en los familiares y de reinserción</li> <li>- Consultorías realizadas</li> <li>- Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> <li>- Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> </ul>
POST ALTA	<ol style="list-style-type: none"> <li>Evaluar manutención de logros terapéuticos</li> <li>Reforzar proceso de incorporación social</li> <li>Reforzar estrategias de solución de riesgo</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv psicosocial de grupo Visita domiciliaria	Profesional/ T. Rehabilitación Asistente Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo</li> <li>- relaciones de pares</li> <li>- relaciones familiares</li> <li>- Salud física, Salud mental</li> <li>- Incorporación laboral, académica, cultural, recreativa</li> <li>- Situación legal</li> </ul>

PLAN AMBULATORIO INTENSIVO				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1º	1. Acoger y otorgar contención emocional 2. Evaluar y Confirmar diagnóstico 3. Abordaje de complicaciones médicas 4. Apoyar proceso de desintoxicación 5. Iniciar motivación a tratamiento	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Tec. Rehab /Profesional As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnóstico consumo</li> <li>○ Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>○ Diagnóstico comorbilidad</li> <li>○ Evaluación estadio motivacional</li> <li>○ Consentimiento informado</li> <li>○ Consultorías realizadas</li> <li>○ Referencia asistida realizada</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate realizado</li> </ul>
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual psicodiagnóstico		
		Consulta salud mental familiar		
		Consulta psicológica familiar		
Interv. Psicoc. Grupo pares				
2º	1. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2. Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3. Prevención de recaídas 4. Manejo de proceso dx. de mediano plazo 5. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 6. Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales	Consulta salud mental individual	Profesional /T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plan de tratamiento formulado</li> <li>○ Asistencia semanal</li> <li>○ Indicadores de progreso terapéutico</li> <li>○ Interconsultas realizadas</li> <li>○ Consultorías realizadas</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate realizado</li> </ul>
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Psicoterapia individual		
		Consulta salud mental familiar		
		Consulta psicológica familiar		
Interv Psicoc. Grupo familiar				
3º	1. Orientar reestructuración de proyecto de vida 2. Resignificación de situaciones de consumo 3. Fortalecer percepción de auto eficacia 4. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo	Consulta salud mental individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo/a Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asistencia semanal</li> <li>○ Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción</li> <li>○ Interconsultas realizadas</li> <li>○ Consultorías realizadas</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate realizado</li> <li>○ Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> <li>○ Indicadores de egreso</li> </ul>
		Consulta psiquiátrica individual		
		Consulta médica individual		
		Consulta psicológica individual		
		Consulta salud mental familiar		
		Consulta psicológica familiar		
Interv. Psicoc. Grupo pares				
4º		Interv. Psicoc. Grupo fliar.	As. Social	
		Visita domiciliaria		
		Consultoría salud mental		

<p><b>POSTALTA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</li> <li>2. Reforzar proceso de reintegración</li> <li>3. Reforzar estrategias de solución de riesgo</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                  Consulta salud mental familiar                  Intervención psicosocial de grupo                  Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional a cargo / T.                  Rehabilitación                  Asistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consumo</li> <li>○ relaciones de pares</li> <li>○ relaciones familiares</li> <li>○ Salud física</li> <li>○ Salud mental</li> <li>○ reinserción laboral /académica</li> <li>○ Situación con la justicia</li> </ul>
------------------------	---	---	---	--

PLAN RESIDENCIAL				
Mes	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables Intervención	Indicadores verificación
1º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Acoger y otorgar contención emocional</li> <li>Evaluar y Confirmar diagnóstico</li> <li>Abordaje de complicaciones médicas</li> <li>Apoyar proceso de desintoxicación</li> <li>Iniciar motivación a tratamiento</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosos. Grupo pares Interv. Psicosos Familiar. Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Rehabilitación a Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional a cargo Psicóloga/o Tec. Rehab /Profesional a cargo As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico consumo</li> <li>Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>Diagnóstico comorbilidad</li> <li>Estadio motivacional</li> <li>Consentimiento informado</li> <li>Consultorías realizadas</li> <li>Referencia asistida realizada</li> <li>Abandono</li> <li>Rescate</li> </ul>
2º al 9º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</li> <li>Intervenir en los factores mantenedores del consumo</li> <li>Prevención de recaídas</li> <li>Manejo de proceso dx. de mediano plazo</li> <li>Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</li> <li>Evaluación y entrenamiento en habilidades socio ocupacionales</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv Psicoso Grupo pares Interv Psicoso Grupo familiar Psicoterapia grupa pares Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional /T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de tratamiento formulado</li> <li>Asistencia semanal</li> <li>Indicadores de proceso con énfasis en los personales</li> <li>Interconsultas realizadas</li> <li>Consultorías realizadas</li> <li>Abandono</li> <li>Rescate realizado</li> </ul>
10º al 12º	<ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar reestructuración de proyecto de vida</li> <li>Resignificación de situaciones de consumo</li> <li>Fortalecer percepción de auto eficacia</li> <li>Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</li> </ol>	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica individual Consulta médica individual Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicossocial grupo pares Interv psicossocial grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Médico/a general Psicóloga/o Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Profesional / T. Rehabilitación Psicóloga/o As. Social Equipo SM Nivel Secundario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asistencia semanal</li> <li>Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción</li> <li>Interconsultas realizadas</li> <li>Consultorías realizadas</li> <li>Abandono</li> <li>Rescate realizado</li> <li>Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> <li>Indicadores de egreso</li> </ul>

<p><b>POST ALTA</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluar mantención de logros terapéuticos</li> <li>2. Reforzar proceso de reintegración</li> <li>3. Reforzar estrategias de solución de riesgo</li> </ol>	<p>Consulta salud mental individual                  Consulta salud mental familiar                  Interv psicosocial de grupo                  Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Rehabilitación                  Asistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consumo</li> <li>○ relaciones de pares</li> <li>○ relaciones familiares</li> <li>○ Salud física</li> <li>○ Salud mental</li> <li>○ reinserción laboral /académica</li> <li>○ Situación con justicia</li> </ul>
-----------------------------	---	---	---	---

## **B. PLANES DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN PARA MUJERES ADULTAS CON PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE DROGAS.**

Estos planes de tratamiento permiten que mujeres adultas en cualquier circunstancia o situación, incluido en estado de embarazo, con y sin hijas / hijos, ingresen a un programa de tratamiento y rehabilitación del consumo problemático, derribando de esta manera una de las barreras culturales de acceso, más complejas para el propósito de un cambio en esta población.

### **1. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO BÁSICO**

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, que se ofrecen a mujeres adultas, con y sin hijos, embarazadas o no, que presentan consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas y compromiso biopsicosocial leve a moderado, que desempeñan una actividad ocupacional (laboral, incluida las labores de casa y educacionales) parcial o total y cuentan con red de apoyo familiar.

El carácter resolutivo del Plan Ambulatorio Básico está dado porque cumple los siguientes objetivos:

- Establece diagnóstico integral
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Instala y /o fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Reeduca en habilidades sociales
- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Entrena en estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de díada madre hijo, cuando corresponda

### **Centros para su Implementación:**

**Establecimientos Públicos de Salud:** Establecimientos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM) con infraestructura necesaria para el desarrollo de las intervenciones, en especial para el cuidado y permanencia de los hijos, en caso de ser necesario, con espacios que proporcionen privacidad, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.

**Establecimientos privados asociados a la red de salud:** Centros privados, ONG, fundaciones, u otros, debidamente autorizados por la autoridad sanitaria, con infraestructura indispensable para el desarrollo de las intervenciones, en especial para el cuidado y permanencia de los hijos, en caso de ser necesario y con espacios que posibiliten la privacidad, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte.

**Recurso Humano:** con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad del plan de tratamiento, y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones requeridas por el plan.

Se debe incluir personal femenino en el centro.

**Prestaciones<sup>14</sup>:** incluye un conjunto de prestaciones que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos, tales como: consulta médico-psiquiátrica, consulta de salud mental individual y familiar consulta psicológica, individual y familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, intervención psicosocial de grupo, psicodiagnóstico (incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y prescripción y dispensación de medicamentos si corresponde.

**Duración del Plan:** Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de seis meses, con una frecuencia de asistencia de 3 días por semana, con 3 a 4 horas de permanencia cada vez, y una concentración de 2 a 3 intervenciones por día.

Se puede desarrollar en horario diurno o vespertino.

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida y contención emocional de la mujer, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo;

---

<sup>14</sup> Ver sección 1

valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; evaluación de intereses, habilidades y competencias ocupacionales, como elemento a considerar para la integración social y el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

**2ª etapa:** etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan. y corresponde principalmente al periodo denominado de incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de una año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

## **2. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN AMBULATORIO INTENSIVO**

Constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones a realizar dirigido al logro de los objetivos terapéuticos, de carácter resolutivo, destinado a mujeres adultas, con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no y compromiso biopsicosocial moderado a severo, (especialmente con comorbilidad psiquiátrica o somática moderada, sin actividad ocupacional y con algún grado de soporte familiar).

El carácter resolutivo del Plan Ambulatorio Intensivo, está dado porque cumple los siguientes objetivos:

- Establece diagnóstico integral.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo

- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Instala y /o fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Reeduca en habilidades sociales
- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Entrena en estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de la díada madre hijo, cuando corresponda

### **Centros para su implementación**

- **Establecimientos de salud de nivel secundario** COSAM, CRS, CDT, Hospital de Día. Con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en salas como en espacios de espera, descanso y recreación y con espacios que posibiliten privacidad para mujeres, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte y que posibiliten la tenencia de los hijos, Esta tenencia será transitoria y durante el período de tiempo en que la madre estando físicamente en el centro, se encuentra en actividad terapéutica, sin desmedro de ello, es necesario que se establezca coordinación estrecha con algún centro especializado de la red (Ver anexo 3). Para
- **Comunidades Terapéuticas Ambulatorias**, debidamente acreditadas por la Autoridad de salud Regional, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales tanto en salas como en espacios de espera, descanso y recreación con espacios que posibiliten privacidad para mujeres, si el programa es mixto, con especial énfasis en sistemas de seguridad exterior tales como, iluminación, zonas despejadas y proximidad a vías de transporte y que posibilite la tenencia de los hijos, Esta tenencia será transitoria y durante el período de tiempo en que la madre estando físicamente en el centro, se encuentra en actividad terapéutica, sin desmedro de ello, es necesario que se establezca coordinación estrecha con algún centro especializado de la red (Ver anexo 3)

**Recurso Humano:** con capacitación y competencias clínicas de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan.

Se debe incluir personal femenino en el centro.

**Prestaciones**<sup>15</sup>: El Plan de tratamiento ambulatorio intensivo, incluye la alimentación diaria y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual, y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

**Duración del Plan:** Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de ocho meses, con una frecuencia de asistencia de 5 días a la semana, entre 4 a 6 horas de permanencia diaria, y una concentración de 4 a 5 prestaciones por día.

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida y contención emocional, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; evaluación de intereses, habilidades y competencias ocupacionales, como elemento a considerar para la integración social y el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

**2ª etapa:** etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intrafamiliar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan. y corresponde principalmente al período denominado incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos

---

<sup>15</sup> Ver anexo 1

logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

### **3. PLAN DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN RESIDENCIAL**

Este plan constituye un conjunto de intervenciones y prestaciones que se realizan en un régimen de internación de 24 horas, preferentemente en una modalidad de comunidad terapéutica, para obtener el logro de los objetivos terapéuticos, destinado a mujeres adultas con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia a sustancias psicoactivas con y sin hijos, embarazadas o no, con compromiso biopsicosocial severo (múltiples tratamientos previos, consumo y/o tráfico en miembros de la familia, sin red de apoyo familiar y social, con trastorno psiquiátrico severo compensado, percepción disminuida o ausente de autoeficacia).

El carácter resolutivo del Plan Residencial, está dado porque cumple los siguientes objetivos:

- Establece diagnóstico integral.
- Define plan de intervención según diagnóstico, ejecuta intervenciones terapéuticas y educativas, dirigidas a la mujer afectada, su familia y a la relación entre ellos, priorizando el binomio madre-hijo/a
- Promueve y acompaña el proceso de motivación al cambio
- Interviene sobre los factores que facilitan y mantienen el consumo
- Fortalece los factores protectores que permitan el logro del proceso de cambio
- Instala y /o fortalece estrategias de prevención de recaídas
- Fortalece y repara las relaciones vinculares significativas
- Reeduca en habilidades sociales
- Orienta y Fomenta la integración social y ocupacional
- Contribuye a reestructurar los estilos de vida
- Entrena en estilos de crianza saludables
- Facilitar relaciones saludables de la díada madre hijo, cuando corresponda

#### **Centros para su implementación:**

**Establecimientos privados:** Comunidades Terapéuticas y similares, acreditadas por el Servicio de Salud correspondiente, con infraestructura suficiente que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones terapéuticas (individuales, familiares y grupales) hotelería, (tamaño y superficie de las salas, dormitorios, comedor, espacios de descanso y recreación), espacios de espera, y que posibilite la tenencia de los hijos/as, en caso de ser necesario.

Para la tenencia de los niños/niñas menores de cinco años requiere equipamiento adecuado (cunas, colchonetas extendidas para reemplazar corrales, tina para la ducha, mudadores, sediles para preparación de mamaderas, sala de juegos. Además se requiere establecer coordinación con algún centro especializado de la red (ver anexo3). Para la manipulación y preparación de mamaderas existe una normativa del MINSAL disponible en la página web.

Si el programa es mixto, el espacio físico en donde permanezcan las usuarias debe estar separado de los varones, con dormitorios, baños y salas de estar privados para mujeres.

**Establecimientos públicos:** Con infraestructura suficiente e indispensable que garantice el desarrollo adecuado de las intervenciones individuales, familiares y grupales, tanto en metros cuadrados de superficie de salas de trabajo terapéutico como de espacios de descanso, recreación y hotelería. y que posibilite la tenencia de los hijos en caso de ser necesario,

Para la tenencia de los niños menores de cinco años requiere equipamiento adecuado (cunas, colchonetas extendidas para reemplazar corrales, tina para la ducha, mudadores, sediles para preparación de mamaderas, sala de juegos. Además se requiere establecer coordinación con algún centro especializado de la red (ver anexo3. Para la manipulación y preparación de mamaderas existe una normativa del MINSAL disponible en la página web.

Si el programa es mixto, el espacio físico en donde permanezcan las usuarias debe estar separado de los varones, con dormitorios, baños y salas de estar privados para mujeres.

**Recurso Humano:** capacitado de acuerdo a la complejidad de la atención del plan y a la intervención terapéutica desde una perspectiva de género, con asignación horaria suficiente para dar cumplimiento a las prestaciones definidas para el plan.

Se debe incluir personal femenino en el centro, tanto en el día como, en los turnos de noche.

**Prestaciones<sup>16</sup>** : El Plan de tratamiento residencial incluye el día cama y todos los procedimientos terapéuticos y de rehabilitación que se efectúan con estas usuarias durante su permanencia en el establecimiento y que técnicamente no pueden estar ausentes para el logro de los objetivos terapéuticos: consulta médico psiquiátrica, consulta psicológica individual y familiar, consultas de salud mental, intervención psicosocial de grupo, visitas domiciliarias, psicoterapia individual y grupal, psicodiagnóstico (Incluye aplicación de test psicológicos si corresponde), exámenes de laboratorio que se requieran y medicamentos si corresponde.

---

<sup>16</sup> ver sección 1

**Duración del Plan:** Tanto la duración del plan, como la frecuencia de las prestaciones entregadas deben corresponder a lo que la usuaria necesita. Un panel de expertos sugiere una duración aproximada de 12 meses con permanencia de 7 días, en una jornada terapéutica de 5 a 7 horas cada día, y una concentración de intervenciones diarias no menor a 5 (incorpora permisos fines de semana u otros similares).

**Etapas del Plan:** Se sugiere distinguir cuatro etapas en el desarrollo del plan de tratamiento, que abordan una progresión de objetivos terapéuticos específicos. Cada etapa tiene una duración estimada.

**1ª etapa:** contempla la acogida y contención emocional de la mujer, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas, para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; evaluación de intereses, habilidades y competencias ocupacionales, como elemento a considerar para la integración social y el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso.

**2ª etapa:** etapa intermedia que interviene los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social

**3ª etapa:** es la preparación para el egreso del plan. y corresponde principalmente al periodo denominado incorporación, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

**4ª etapa:** corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades.

## **ALGUNAS ORIENTACIONES PARA EL REQUERIMIENTO Y APLICACIÓN DE EXAMENES DE LABORATORIO EN MUJERES**

En relación a los exámenes de laboratorio, se han incluido aquellos considerados indispensables para un diagnóstico integral y adecuado a las necesidades de la complejidad del problema

1.-Las pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a Alcohol son las siguientes:

- Hemograma completo y VHS.
- Perfil bioquímico: Glicemia, creatininemia, uremia, uricemia.
  - ELP
  - CPK
  - Perfil lipídico
  - Perfil hepático: SGOT, SGPT, GGT, fosfatasas alcalinas, bilirrubina total.
- VDRL y VIH.
- PAP.

2.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con dependencia a drogas no endovenosas;

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general: Función hepática
  - Función renal
  - LDH
  - Perfil lipídico completo
  - Glicemia, creatininemia, uremia
- Análisis de orina.
- VHS (Velocidad de sedimentación).
- Serología luética (VDRL).
- Radiografía de tórax en usuarios/as de PBC.
- PAP.

3.-Pruebas biológicas recomendables en mujeres con ADVP:

- Hemograma completo.
- Perfil bioquímico general: Función hepática
  - Función renal
  - LDH
  - Perfil lipídico completo
  - Glicemia, creatininemia, uremia
- Análisis de orina.
- VHS (Velocidad de sedimentación).
- Serología luética (VDRL).
- Serología Hepatitis B, C y Delta.
- Determinación de anticuerpos anti-HIV.
- PAP.

## **ALGUNAS ORIENTACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN MUJERES**

En lo que se refiera a la prescripción de antidepresivos para mujeres con consumo problemático de drogas, se sugieren los ISRS por su posología (monodosis), su seguridad (en caso de sobredosis no pone en riesgo vital a la usuaria), e inicio de acción más rápido que los tricíclicos (con excepción de la fluoxetina).

Además, dado que la serotonina parece estar implicada en la conducta compulsiva (de búsqueda de droga inducida por cocaína y pasta base de cocaína, los atracones y vómitos compulsivos en la bulimia), el uso de ISRS reduce el comportamiento obsesivo-compulsivo, además de bloquear la recaptación de serotonina e hiposensibilizar los receptores postsinápticos (down regulation) con el consecuente aumento del ánimo.

No se debe olvidar que inicialmente la fluoxetina produce una disminución del apetito (durante 2 meses aproximadamente) y un aumento de la ansiedad.

La sertralina es la molécula ideal en mujeres embarazadas con un trastorno afectivo y consumo problemático de Sustancias Psicoactivas. Su uso está indicado en Episodios Depresivos Mayores moderados a severos, con riesgo suicida; inclusive durante el primer trimestre de embarazo. También es el antidepresivo de elección en puérperas en esta misma condición, dado que sólo un mínimo porcentaje pasa a la leche materna.

Estas recomendaciones deben seguirse en aquellas mujeres que no han respondido a psicoterapia de contención y cuya sintomatología las expone en cuanto a su salud física y mental, así como también al feto y/o recién nacido.

La amitriptilina es una molécula relativamente bien tolerada a dosis bajas. Se utiliza cuando coexisten alteraciones del sueño y cuadros psicósomáticos como: jaqueca mixta, colopatía funcional, bruxismo, dorsolumbalgia, fibromialgia, etc. Los inconvenientes son sus efectos adversos inducidos por el bloqueo de los receptores L1, H1 y M1; y la estimulación de receptores como consecuencia de la inhibición de la recaptación de noradrenalina y serotonina: sedación, sequedad bucal, constipación, diplopia, retención urinaria, hipotensión ortostática, taquicardia, sudoración, temblor, trastornos cardíacos, hipertensión arterial, convulsiones, disfunción sexual, etc.

Otros tri o tetracíclicos (clomipramina, desipramina), Duales (venlafaxina), tienen una mayor eficacia de acción tanto sobre los síntomas depresivos como ansiosos, y en estudios científicos a largo plazo presentan una menor sintomatología residual y recurrencia. Sin embargo, los duales tienen un mejor perfil de tolerabilidad y por lo tanto, mejoran la adherencia a tratamiento. Además, actúan sobre los síntomas somáticos de la depresión: dorsalgia, cefalea, síntomas gastrointestinales (pesadez, cólicos, distensión abdominal).

La trazodona es bien tolerada, permite aprovechar su efecto hipnoinductor que no altera la arquitectura del sueño cuando se usa como.

Los ansiolíticos deben usarse con gran precaución en esta población y por el menor tiempo posible. Para disminuir el riesgo de dependencia se sugiere el uso de ansiolíticos de vida media intermedia y/o larga, como clonazepam y diazepam, y no exceder los 4 meses de tratamiento continuo.

Cuando se desarrolla, el aumento de la tolerancia aparece a las 2 semanas para el efecto

sedante y a las 4-5 semanas para el efecto hipnótico.

Otro efecto adverso del uso prolongado de benzodiazepinas es la alteración de la memoria (reversible) y del sueño (insomnio de rebote por aumento de la latencia del sueño No-REM, aumento del tiempo de vigilia, fragmentación y disminución del horario total del sueño, y aumento de la actividad onírica).

Su uso está recomendado para tratar el síndrome de privación, en especial por alcohol; así como también, en comorbilidad diagnóstica (T. de pánico, T. depresivo mayor con síntomas de angustia o crisis de pánico, T. ansioso generalizado, Fobias, T. de personalidad, etc.).

En caso de insomnio, es preferible usar zopiclona y/o zolpidem. En especial esta última, porque no altera la arquitectura del sueño. Siempre deben asociarse estrategias de higiene del sueño.

En el grupo de los neurolépticos, la clorpromazina sigue siendo una muy buena opción, para disminuir intensidad de episodios micropsicóticos y reducir la ansiedad en usuarias con trastorno de personalidad limítrofe. Sin embargo, su uso prolongado, presenta muchos efectos secundarios: aplanamiento afectivo, anergia psíquica, síntomas extrapiramidales, sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, sequedad bucal, visión borrosa, constipación, taquicardia, etc.

La risperidona tiene menos efectos secundarios, pero puede ser muy activante en algunas mujeres.

Otros neurolépticos, como quetiapina y flupentixol, en bajas dosis, son muy útiles en el manejo del control de impulsos.

Como estabilizadores del ánimo y anti-impulsivos se sugiere: gabapentina, lamotrigina. La segunda tiene además un potente efecto antidepresivo

Se ha sugerido el uso de gabapentina, en atención a que, además de disminuir el craving (deseo irrefrenable) a cocaína, tiene un efecto ansiolítico por su acción inhibitoria del sistema glutamato. También tiene acción antiepiléptica, eutimizante y facilitador del control de impulsos.

En el caso de usuarias con mayor compromiso sintomático o conductual o en situaciones que plantean emergencias, podrá ser necesario utilizar otros fármacos, cuya prescripción requiere de un análisis cuidadoso por el especialista, y prestando debida atención a los protocolos de utilización y la disponibilidad.

Finalmente, hay fármacos en los que se han postulado acciones anticraving como Naltrexona y el Acamprosato. El primero reduce los consumos de alcohol, y evita el craving a cocaína. El Acamprosato se recomienda para reducir el deseo de beber alcohol y la disforia ligada a la abstinencia.

## **ORIENTACIONES TECNICAS Y CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS.**

La literatura especializada señala que la eficacia de los distintos tipos de tratamientos para los trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicoactivas, está determinada por las características de las personas, los procedimientos aplicados, las variables intervinientes en el fenómeno del consumo y relacionada con la estructura del programa.

La efectividad o eficacia en salud, se ha definido como el grado en que una acción, en este caso un programa de tratamiento, alcanza sus objetivos.

La literatura internacional y evidencia empírica clínica, en el tratamiento y la rehabilitación de mujeres en nuestro país y países occidentales, plantea que los programas de tratamiento para población femenina deben ser sensibles al género, es decir tener en cuenta las necesidades de la mujer en todos los aspectos, tanto en el diseño como en su ejecución

El conjunto de prestaciones diferenciadas que aquí se establecen para la población adulta femenina, ha sido construido en base a la experiencia clínica nacional y extranjera, la evaluación de los planes del Convenio CONACE-FONASA, al proceso de supervisión y asesoría de aquellos centros de tratamiento que ejecutan proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género para mujeres adultas con consumo problemático de drogas y a criterios de consenso de expertos. Su objeto es orientar a los equipos directamente involucrados en las intervenciones terapéuticas, para aumentar su efectividad en el logro de los objetivos clínicos y terapéuticos planteados tales como la modificación en el patrón de consumo, mejoría en la situación familiar, mejoría en el rol y la función materna, relaciones de pareja e interpersonales, mejoría en la situación socio ocupacional, uso del tiempo libre, bienestar emocional y salud física y regularizar la relación con la justicia, entre los más relevantes.

Como ya se señaló, los planes de tratamiento buscan desarrollar objetivos terapéuticos progresivos y relativamente específicos, a lo largo de sucesivas etapas del proceso de tratamiento, diseñado de acuerdo a los requerimientos de las usuarias (plan de tratamiento individualizado).

Las diversas actividades o prestaciones se realizan en concentración y frecuencia diversas en cada etapa.

La primera de ellas, destinada principalmente a la construcción de la alianza terapéutica y la elaboración del diagnóstico integral, tiene una duración estimada de hasta dos meses, dada la evidencia respecto de la dificultad que presentan las mujeres para relacionarse confiadamente frente a un equipo terapéutico, debido a las múltiples experiencias de rechazo y estigmatización social vividas por su condición de consumidoras de drogas.

La segunda etapa, intermedia, es la de mayor intensidad del proceso. En ella se abordan en profundidad los factores intervinientes en el inicio y mantención del consumo.

La tercera etapa, está preferentemente destinada al entrenamiento de habilidades y competencias ocupacionales y elaboración de un proyecto de vida saludable que favorezca la integración social.

Finalmente la última etapa, se dedica al seguimiento y afianzamiento del estilo de vida con supresión o disminución franca del consumo.

Cada una de las etapas previamente mencionadas, conlleva adicionalmente el cuidado y tenencia de los hijos, cuando sea necesario y actividades terapéuticas y educativas compartidas entre madres e hijos, independientemente de la tenencia y cuidado, en el contexto de favorecer el desarrollo de relaciones de apego y vinculares saludables, en el binomio madre hijo.

Durante todo el proceso, es necesaria la presencia de los siguientes principios rectores:

### **ENFOQUE DE GÉNERO**

Reconocer que el género es un hecho diferencial, y que se requiere entregar atención terapéutica a través de un programa personalizado y estructurado que considere las variables de identidad y normas de género, como marco teórico a la base, incorporando actividades terapéuticas que posibiliten la conciencia de problema personal, en un contexto social y cultural en donde la mujer, ha adquirido pautas y comportamientos socialmente aceptados, pero no necesariamente afines a sus necesidades de autonomía y desarrollo personal

### **ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**

Abordar lo biológico, lo psicológico y lo social, de cada una de las usuarias en tratamiento, de forma integral y complementaria.

En lo biológico dará cuenta de los problemas específicos asociados al consumo de sustancias en mujeres y potenciará el desarrollo de una situación de salud favorable.

En lo psicológico trabajará con aspectos intrapsíquicos, reparación de duelos y traumas, resolución de conflictos, habilidades y entrenamiento en destrezas sociales, autoestima y valoración personal, autoimagen y relaciones vinculares.

En lo social, deberá trabajar con una mirada que integre a la familia y que posibilite el desempeño de roles con objetivos y propósitos personales definidos, con satisfacción personal y en concordancia con los ambientes en que se desempeña

### **ENFOQUE EN RED**

Integrar la atención terapéutica en el conjunto de los planes y acciones socio sanitarias existentes para la población en general. Otorgar tratamiento y rehabilitación de forma integral, utilizando todos los recursos existentes que sean necesarios, enlazándolos y promocionando la autonomía, la integración social, y la construcción de un estilo de vida saludable

Conectar permanentemente los programas y equipos de tratamiento con niveles de atención más básicos y generales, cercano a los lugares de vida, interrelacionados con la comunidad local, territorial, esto es, la Atención Primaria de Salud y referir o contrarreferir a ellos, a las consultantes y sus hijos, cuando corresponda, tan pronto como sea posible.

### **ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO**

Asegurar la participación de varias disciplinas complementarias y sinérgicas entre sí, otorgando los espacios correspondientes para que cada técnico y profesional aporte desde su quehacer, hacia una meta común, utilizando un modelo democrático de intercambio de información y de integración de distintas terapias, pero con un equipo que comparte un mismo enfoque y conceptos respecto de la usuaria y con un tratamiento mas bien basado en la experiencia del equipo, que en la opinión individual de cada uno de sus miembros

## **ENFOQUE RELACIONAL**

Numerosos autores (Finkelstein y otros, Jean Baker Miller,<sup>17</sup>) han planteado que la motivación principal de la mujer es la necesidad de crear un sentido de enlace con los demás y la noción de sí misma y de su propia valía se basan en esta vinculación; las mujeres entonces, asumen la responsabilidad del cultivo y la conservación de las relaciones

Las relaciones, su calidad y más aun, su disolución, cumplen una función determinante en el consumo de sustancias en la mujer. Como señala la práctica clínica, las mujeres pueden consumir drogas para conservar relaciones (por ejemplo, con una pareja que también lo hace), para colmar el vacío creado por una relación insatisfactoria o malograda, o para soportar el dolor de una relación abusiva.

La incorporación del enfoque relacional en las intervenciones de tratamiento para la mujer permite reconocer que en su vida es esencial establecer y mantener relaciones y por ello es necesario incorporar componentes y medios que permitan pasar revista a sus relaciones anteriores y actuales y aprender a establecer y mantener relaciones sanas<sup>18</sup>

Además, se reconoce la importancia de los vínculos de la mujer con sus hijos y la función que puede cumplir un firme apoyo social para que se recupere de los problemas de consumo de sustancias, siendo relevante el trabajo con la familia, para intentar nuevos equilibrios y relaciones.

## **INCLUSIÓN DE HIJOS E HIJAS AL TRATAMIENTO**

Existe suficiente literatura que menciona que<sup>19</sup> la incorporación de los hijos al programa de tratamiento, permite desde la observación natural, generar un ambiente familiar, abrir la posibilidad de redefinir roles entre usuarias y terapeutas; así como también la posibilidad de gatillar dinámicas más profundas en las mujeres, que deben ser abordadas en terapia individual o grupal según la necesidad específica.

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

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

<sup>17</sup> S,S Covington y J.Surrey The Relational Model of Women-sPsychological development:Implications for Substances abuse.,mayor información,consultar en [www.stephaniecovington.com](http://www.stephaniecovington.com) .

<sup>18</sup> Citado en Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito Viena 2005

La atención de mujeres con problemas de drogas, debe incorporar cuando corresponda, la atención y acompañamiento en el cuidado y tenencia de los hijos, en el entendido que los niños, en ocasiones suelen constituir un aspecto limitante para el ingreso a programas de tratamiento tradicionales que no contemplan espacio para ellos.

Si bien es cierto la evidencia empírica, permite orientar respecto del diseño y ejecución de planes de tratamiento diferenciados para mujeres, no es menos cierto que aún se requiere contar con información válida y sistematizada para el análisis comparativo de programas de tratamiento para mujeres en nuestro país, que permita evaluaciones de impacto.

## **INTEGRACIÓN SOCIAL**

Para entrar en detalle en el concepto de integración social, es necesario que lo iniciemos hablando de otro concepto, *la exclusión social*, ésta ha sido definida por el Consejo Económico y Social de Naciones Unidas como un fenómeno que permite “designar los procesos, situaciones y mecanismos en función de los cuales una parte de la población, personas, grupos o territorios, quedan al margen de la participación en la vida social y económica” por tanto se considera un problema no sólo material sino multidimensional, entendiéndose como tal, el resultado de falta de oportunidades de tipo social, político y económico. Este problema, así definido, consta de tres dimensiones:

- b) **Dimensión económica:** desigual acceso a los recursos productivos (tierras, capital, crédito, empresas, etc.), limitado control sobre el trabajo propio, especialmente por las normas socioculturales, desigualdad de oportunidades para desarrollar sus capacidades y recursos para el trabajo: educación y capacitación y menores oportunidades para acceder al trabajo remunerado.
- c) **Dimensión Sociocultural:** carencias sociales (escolaridad insuficiente, deficitario acceso a salud, etc.), aislamiento, falta o pobreza de redes y vínculos sociales y menor valoración de las actividades y tareas, menor reconocimiento social y poder para expresar opiniones y desarrollar proyectos personales y colectivos.
- d) **Dimensión Política:** lejanía de los espacios de decisión, menores posibilidades de organización, precariedad de las relaciones de las personas con las instituciones sociales, desconocimiento del funcionamiento de las instituciones y ausencia de canales en las instituciones para conocer las necesidades, menores oportunidades de ejercer derechos, menor incidencia en la toma de decisiones de la comunidad.

De esta manera, la **Integración Social** se entiende como lo opuesto a la exclusión, como un proceso con diferentes niveles de intensidad dónde se busca que la persona pueda desarrollarse y pueda ser aceptada y considerada como ciudadano/a sujeto de derechos y deberes.

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

1. Que tenga cubiertas sus necesidades básicas: es decir que tenga unas condiciones de vida dignas en el ámbito de vivienda, salud, educación y recursos económicos.
2. que tenga un sistema de relaciones adecuadas que le permitan desarrollar vínculos afectivos y por tanto le permitan sentirse parte de la comunidad.

3. Que pueda desarrollar una serie de actividades que le permitan ser reconocido socialmente: participar de espacios públicos, de ocio y en funciones de producción.

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

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

- d) principio de integración como reconocimiento de las necesidades y potencialidades específicas de cada individuo y grupos sociales.
- e) Principio de accesibilidad como condición necesaria para que las personas vulnerables disfruten de oportunidades sociales equiparables a las de sus conciudadanos.
- f) Principio de participación y autonomía como reconocimiento del derecho de todas las personas a participar en la vida social, económica y cultural de su comunidad.

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

De esta manera, entonces, el proceso de integración social se convierte en un eje en el tratamiento que es transversal a todas las etapas que lo componen.

Las acciones que se lleven a cabo en el desarrollo del proceso terapéutico, en el contexto del tratamiento del consumo problemático de sustancias, deben estar orientadas fundamentalmente a reforzar las capacidades personales, y trascienden el momento del egreso del plan terapéutico, contemplando en el seguimiento un apoyo a la consolidación del proceso de integración.

En cada etapa del tratamiento existen acciones que se pueden implementar para el trabajo de este eje de intervención. A continuación se detallan cada una de ellas:

**Etapas 1, de Diagnóstico Integral:** Durante la elaboración del diagnóstico integral se sugiere incorporar aspectos relacionados con la integración social, tales como: nivel de inclusión social, intereses, habilidades y competencias para la integración social, evaluación de perfil socio ocupacional, entre otros.

Se recomienda profundizar en el diagnóstico de los siguientes aspectos:

- Sistemas de Participación Actual de la persona en tratamiento; salud, vivienda, legal, comercial, laboral, etc.

- Sistema Motivacional: aspectos relacionados con intereses, causalidad personal, expectativas, valores, etc.
- Sistema Organizacional: estructura y rutinas cotidianas, además de roles y responsabilidades.
- Sistema Ejecución: Conocer la batería de habilidades (fortalezas y debilidades) de la persona en tratamiento.
- Contextos: Conocer los ambientes de desempeño e impactos de estos en las personas en tratamiento de adicciones.

Para diagnosticar cada una de estas áreas se dispone, entre otros, de los siguientes instrumentos: entrevista Socio ocupacional y Perfiles Socio Ocupacional<sup>3</sup>.

### **Perfiles Socio Ocupacionales:**

Con la información obtenida con el diagnóstico se puede establecer en el Plan de Tratamiento Personalizado un esquema de trabajo que considere las potencialidades, trabaje las debilidades y las características asociadas a cada perfil socio ocupacional. El plan de intervención debe incluir los objetivos de la mediación y/o intervención, las actividades y acciones programadas, los plazos previstos y los recursos locales con los que se cuenta o los que se deben gestionar y coordinar para facilitar la integración socio ocupacional del usuario.

El equipo o profesional encargad/a debe realizar un ajuste de expectativas entre los intereses y resultados esperados por el usuario, tomando en cuenta sus capacidades, habilidades y posibilidades en relación a la oferta ocupacional y a los recursos existentes en la red local ya sean, laborales, educacionales, de vivienda, entre otros.

Lo anterior permite definir y construir perfiles socio ocupacionales coherentes con las variables establecidas en los criterios para evaluar el compromiso biopsicosocial de las personas. La red social y familiar, las capacidades y competencias para la obtención de logros, el nivel de formación, la experiencia laboral previa, los antecedentes legales y comerciales, la condición de salud y los recursos del entorno o contexto social, por ejemplo.

Es importante considerar en este proceso, que se trata de una clasificación del perfil socio ocupacional, que es dinámico y flexible, ya que está determinada por las experiencias y vivencias personales. Lo que las intervenciones en la línea de apoyar la integración social debe permitir, es que la persona pueda avanzar o desarrollar un grado mayor autonomía y desempeño ocupacional satisfactorio.

### **Clasificación de Perfiles Ocupacionales**

**a.- Perfil Socio Ocupacional Alto:** Se trata de personas que poseen un empleo estable, o se encuentran estudiando y/o realizando actividades sociales, recreativas, de uso del tiempo libre, etc. Y están satisfechos o no, con su desempeño ocupacional.

---

<sup>3</sup> Abriendo Puertas. CONACE 2004

El medio ambiente cercano reconoce el ejercicio de los roles que desempeñan, aunque el cumplimiento de los mismos, sea disarmónico. Estos últimos requieren de ayuda o asesoría para mejorar su desempeño y satisfacción personal respecto de las actividades y roles que ejercen.

También incluye aquellas personas que no poseen empleo estable, y presentan un mediano nivel de autonomía, con experiencia laboral intermitente, con períodos de cesantía, pero que han logrado mantenerse en alguna ocupación por un espacio prolongado de tiempo (actividad regular asociada a lo social, recreativo, etc.). Es decir, se trata de usuarios que cuenten con capacidad para mantener una actividad estructurada y desempeñarla de manera aceptable como para sostenerse en ella sin disfuncionalidad del medio.

En lo familiar, cuentan con una red de apoyo que, aunque disfuncional mantiene una actitud de apoyo y cercanía, no presenta antecedentes penales por su historia de consumo, y tampoco presenta trastornos psiquiátricos.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso leve.

Para este perfil se recomienda un **Itinerario de integración de baja intensidad**: Las personas con este perfil cuentan con un nivel satisfactorio de autonomía y es factible entregarle información y orientación hacia oficios o agencias normalizadas de empleo públicas y privadas, así como también hacia la regularización de estudios o búsqueda de capacitación de mayor calificación para la obtención de un empleo más rentable y de mayor satisfacción personal y social.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

En este perfil se propende el desarrollo de actividades con mayor participación social y vinculación con la vida en comunidad.

Se debe derivar a la persona donde corresponda e iniciar un seguimiento para orientar en la resolución de conflictos (mediar) en caso de que ésta lo requiera, ayudando a reforzar algunos aspectos de su vida familiar, laboral, educacional y social para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., privilegiando la sensación de autonomía que reforzará su causalidad personal.

**b.- Perfil socio ocupacional moderado**: La persona se encuentra desempleada y sus experiencias laborales datan de trabajos esporádicos e informales con largos períodos de cesantía. Posee un mediano a bajo nivel de autonomía. Muestra baja participación en actividades ocupacionales de tipo social lo recreativa y baja percepción de logro.

Se observa con dificultad para la constitución de propósito, lo que los hace poco proactivos, con una actitud más bien pasiva respecto de sí mismo y situando la responsabilidad de lo que le acontece en el entorno.

Pudiera presentar obstáculos relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados, o presentar antecedentes penales por porte de sustancias.

Cuenta con una red de apoyo familiar precaria, presente pero con reparos.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos y compensados.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso moderado.

Para este perfil se sugiere un **itinerario de integración de moderada intensidad**: La persona que se ajusta a este perfil ocupacional debe dar inicio a un itinerario personalizado intensivo con apoyo y seguimiento. Se deben establecer metas menos exigentes que para el perfil anterior, aunque la demanda explícita del usuario sea encontrar trabajo u ocupación en forma inmediata.

Se deben realizar acciones concretas que apunten hacia el desarrollo de actividades ocupacionales que le permitan satisfacción personal y social, orientar hacia la capacitación y nivelación de estudios, realizando un diseño de intereses, necesidades, habilidades y oferta de formación a la que puede optar. Esta orientación debe ser lo más realista posible, conjugando la necesidad sentida por el paciente y la realidad tanto laboral como de formación de la realidad local.

En relación al empleo se debe realizar en forma conjunta el currículo del sujeto, para ir entrenando habilidades básicas de apresto laboral. El objetivo es que la persona logre alcanzar metas que le permitan comenzar la búsqueda de empleo normalizadamente. Se debe potenciar la autoimagen de ser capaz de enfrentar las propias limitaciones y de fortalecer las habilidades descubiertas.

**c.- Perfil socio ocupacional bajo:** La persona posee un bajo nivel de autonomía. Experiencia ocupacional muy escasa o nula, autopercepción de fracaso ocupacional. El desempleo o desocupación ha sido lo más frecuente en su vida.

Puede poseer antecedentes penales por consumo y actos delictuales y presentar grados de discapacidad o problemas relacionados con los aspectos físicos y/o problemas de salud asociados. Baja escolaridad y formación.

La familia está presente, de tal manera que cuenta con un lugar donde vivir y con quienes vivir, pero con gran conflicto relacional; puede haber antecedentes de consumo y/o de tráfico al interior del sistema.

Puede presentar trastornos psiquiátricos no severos, compensados, y en situación de vulnerabilidad social.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumidor de drogas, son de compromiso severo.

Para este perfil se sugiere trabajar un **itinerario de alta intensidad:** es necesario reorientar a los usuarios hacia planes de formación o capacitación y trabajar las habilidades sociales más básicas de las que carezca, reforzando al máximo sus recursos personales. Se debe trabajar objetivos que apunten a resolver sus problemas judiciales, de vivienda, familiares, deterioros físicos y/o de salud.

Se sugiere que se realicen actividades que le ayuden a reforzar algunos aspectos de su vida social y laboral, para evitar descompensaciones, ansiedades, etc., así como también, orientar a hacer uso de los servicios sociales adecuados en cada caso, a sean grupos de autoayuda o centros específicos para la integración social de discapacitados, en caso de ser requeridos.

El análisis de las necesidades y posibilidades de la persona en lo que a ocupación se refiere, debe incluir el empleo, que conduzca al diseño de ofertas laborales y ocupacionales que puedan darle respuesta (empleo protegido, voluntariados)

Este perfil requiere de una intervención a largo plazo, muy intensiva, lo que implica un mayor uso de recursos personales, sociales y comunitarios y una oferta laboral y de actividades más amplia y específica; así como estar bien coordinadas con las actividades terapéuticas del tratamiento y rehabilitación.

**d.- Perfil socio ocupacional de casos especiales:** Las personas presentan reiteradas experiencias de fracaso en actividades ocupacionales, con una muy baja o nula motivación hacia la realización de actividades con propósito.

Pueden tener presencia de trastorno psiquiátrico severo (psicosis, trastornos orgánicos, desórdenes antisociales, etc.) con una larga historia de consumo.

No hay familia que acompañe o apoye, o su disfuncionalidad es tan grave, que no es recomendable la inserción en ella (altos índices de violencia, abuso, tráfico, consumo de drogas). Puede presentar problemas físicos crónicos asociados al consumo.

Antecedentes penales por consumo, tráfico y/o delitos comunes.

Los problemas personales, familiares y sociales asociados a su condición de consumo de drogas, son de compromiso muy severo.

Este perfil requiere de una mediación socio ocupacional intensa con características de tutoría.

Se sugiere diseñar un **itinerario de integración específico**: La intervención con personas que presentan este perfil no permite iniciar itinerarios de trabajo utilizando los mismos procedimientos que con los perfiles anteriores, se requiere comenzar a desarrollar otro tipo de alternativas que busquen la combinación entre cubrir las necesidades básicas y tener una actividad.

Estas personas presentan un deterioro que hace imposible recuperar ciertas capacidades imprescindibles en el mercado laboral normalizado. Son aquellas personas a las que se les denomina como “inempleables”, al menos tal como está concebido el empleo en la sociedad actual. Sin embargo la actividad ocupacional puede ser un medio para mejorar las posibilidades de integración social y una ayuda a procesos de cambio.

Se sugiere una orientación hacia la incorporación de actividades protegidas, grupos de autoayuda, hogares protegidos, seguridad social, casas de acogida y, en particular, con aquellos que presentan patología dual (trastornos psiquiátricos severos y consumo problemático de drogas), una coordinación y derivación asistida al sistema de salud.

**Etapas 2, de Tratamiento y Reparación:** En esta etapa al construir el plan individualizado de tratamiento se sugiere incorporar actividades, talleres, coordinaciones, etc. que permitan al usuario habilitarse, reforzar y reparar los aspectos necesarios para la integración social. Una herramienta a utilizar en esta etapa puede ser el Manual de Apresto Laboral.<sup>3</sup>

**Etapas 3, de Reinserción:** En esta etapa debiera darse un proceso de **Incorporación**, el cual se define como un proceso personalizado y flexible, constituido por acciones e intervenciones que pretenden implicar activamente, responsabilizar, promover y facilitar en las personas su autonomía, desarrollo y bienestar social, participación y capacidad crítica con su entorno, así como también debe implicar cambios y acciones en el entorno en donde se pretende que la persona se integre<sup>4</sup> En esta etapa debe existir un procedimiento y metodología clara para que el usuario se incorpore a las distintas esferas de lo social. Es el momento en que la persona participa efectivamente de distintas instancias y oportunidades concretas de integración (trabajo, barrio, formación, etc.). Estas acciones deben estar planificadas y deben responder a una metodología de trabajo claramente definida. Para esto se recomienda utilizar las herramientas de Trabajo en red y la construcción de un itinerario de integración.

**Etapas 4: Seguimiento** Este proceso de integración deberá considerarse como objetivo o meta global del proceso de tratamiento, para lo cual es necesario tener un plan de seguimiento para el proceso de incorporación que se diseñó, tomando en cuenta aspectos

<sup>3</sup> Manual De Apresto Laboral. CONACE.

<sup>4</sup> Xunta de Galicia

tanto en la persona, como en la institución y/o entorno en que se ha llevado a cabo este procedimiento.

## **Indicadores de Calidad de la Atención.**

Los siguientes indicadores serán considerados pertinentes para evaluar la calidad de la atención. Su adecuado y oportuno registro será por tanto requisito fundamental.

### **Definición de Indicadores**

#### **1. Categorías Diagnósticas**

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

###### **Consumo Perjudicial:**

- Patrón de consumo de una sustancia que provoca daños a la salud física o psicológica. Los daños (hepático, depresión) deben ser causados por la sustancia misma (daño hepático por el alcohol), por las formas de uso (infecciones por uso de drogas inyectables o por las consecuencias sobre el equilibrio psicológico (depresión post privación de estimulantes o del alcohol).
- Las personas con diagnóstico de consumo perjudicial reciben a menudo críticas por ello y experimentan consecuencias sociales adversas de variados tipos.
- En todo caso el solo hecho que una forma de consumo sea criticada por el entorno en general, no es por sí misma indicativa de consumo perjudicial.<sup>20</sup>

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

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

##### **1.2. Dependencia:**

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

---

<sup>20</sup> En el caso del alcohol, en Chile utilizamos con fines de tamizaje. El Cuestionario de Autodiagnóstico de Riesgos en el Uso de Alcohol (AUDIT), permite reconocer, tanto en hombres como en mujeres, las categorías "Consumo en riesgo", "Consumo perjudicial" y "Dependencia" del alcohol.

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

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

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

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

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

**2-3. - Diagnóstico de comorbilidad física:** presencia simultánea de un trastorno por consumo de sustancias (consumo perjudicial o dependencia) y una o más patologías somáticas severas.

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

#### **2.4 - Otros problemas de atención clínica:**

- Violencia Intrafamiliar
- Abuso Sexual
- otros

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

A continuación se presenta una tabla que consta de 18 variables, que permite, apreciar el grado y complejidad del compromiso biopsicosocial. No es susceptible de una puntuación cuantitativa y consiste en una adaptación para la población femenina de la original elaborada por MINSAL, Servicio Salud Metropolitano Norte y Área Técnica de Tratamiento de CONACE, para población general.

En cada caso, se deberá considerar y decidir si la situación o condición que presenta la mujer pertenece a un compromiso de nivel leve, moderado o severo.

Un criterio posible para la evaluación del compromiso biopsicosocial, es considerar que si existe una proporción igual o mayor al 50 % de las variables presentes (7 o más variables) en la misma categoría, ello corresponde al nivel de compromiso biopsicosocial de esa usuaria, en ese momento.

VARIABLES BIOPSIOSOCIALES	GRADO DE COMPROMISO BIOPSIOSOCIAL EN POBLACIÓN FEMENINA <sup>21</sup>		
	Leve	moderado	severo
1. Tipo sustancia, vía administración y frecuencia de consumo	- Una sola sustancia - En forma esporádica - vía oral, o respiratoria	- 2 ó más sustancias - semanal o fin de semana - vía oral y/o respiratoria	- 2 ó más sustancias - consumo en la semana y fines de semana, con crisis de ingestión - se agregar vía inyectable
2.-Diagnostico de consumo de sustancias C.I.E. 10	Consumo perjudicial	Consumo perjudicial ó desde 3 criterios para dependencia	Más de 3 criterios para dependencia
3.-Síndrome de abstinencia	Ausente	Con molestias que puede controlar de manera ambulatoria	Requiere de apoyo y soporte especializado para tolerar las molestias y síntomas.
4.-Patología psiquiátrica concurrente	Descartada	Trastorno psiquiátrico leve a moderado	Con trastorno psiquiátrico severo
5.-Percepción de problemas de salud físicas asociadas	Leves o ausentes	Presentes, pero no limitantes,	Presentes y limitantes
6.-Contexto del motivo de consulta	Voluntario	Condicionado por familia u otros	Obligado por ámbito judicial
7. Motivación al cambio	convinciente en su propósito de iniciar un proceso de cambio	Ambivalente y contradictoria (etapa de contemplación)	Muy contradictoria, débil o ausente (etapa precontemplativa)
8. Tratamientos anteriores	Ninguno	1 ó 3 incompletos	Más de tres tratamientos. Abandonos antes de los tres meses
9. Intentos de abstinencia sin tratamiento	Si, con logros parciales	Ha intentado sin éxitos. Con recaídas.	Sin intentos. O, con intentos, pero sin ningún periodo de abstinencia.
10. Percepción de autoeficacia	Con percepción de obtención de logros en resolución de problemas	Percepción de bajo control del medio y de la conducta de consumo problemático.	Auto percepción de muy bajo control del medio, y/o ineficacia en el control del consumo.
11. Situación Ocupacional	Mantiene su trabajo, estudio o actividades de casa	Ha discontinuado su actividad o asiste en forma intermitente	Despidos laborales, Interrupción de estudios, abandono actividades laborales ( fuera o dentro del hogar)
12.-Consumo y/o tráfico en otros Familiares	Descartados ambos	Presente el consumo, sin tráfico	Presente ambos, en uno o más de sus miembros.
13.-Violencia intrafamiliar,	Ausencia de VIF	Antecedentes de VIF (ejerce o es víctima)	Presencia actual de VIF (ejerce o es víctima)
14.-Problemas judiciales asociados	Sin detenciones, imputaciones o condenas	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos leves	Detenciones, imputaciones y/o condenas por faltas o delitos graves.
15.-Red de apoyo familiar	Existe familia que le apoya	Familia o cercanos dispuesta a participar, pero con reparos	Ausente, o con gran conflicto relacional.
16.-Relación y cuidado de los hijos	Mantenimiento y cuidado de los hijos /hijas , no presenta cambios por conducta de consumo	Descuidos, o cuidado irregular de los hijos /hijas por conducta de consumo	Negligencia o abandono de los hijos /hijas por conducta de consumo
17.-Consumo durante embarazos	No hay consumo en periodos gestacionales	Disminución del consumo en periodos gestacionales	Mantenimiento o aumento de consumo en periodos

<sup>21</sup> Pauta adaptada del original, por equipo de asesoras de proyectos de tratamiento para mujeres con consumo problemático de drogas, CONACE 2005.

			gestacionales
18.-Desempeño Ocupacional	Espera el éxito Acepta responsabilidades Ha realizado elecciones ocupacionales. Organiza su tiempo libre Mantiene hábitos	Dudosa capacidad para lograr el autocontrol Presenta dificultad para organizar las rutinas diarias	Incapacidad para lograr el autocontrol. Gran inseguridad frente al éxito Se frustra fácilmente al enfrentar desafíos Percepción de fracaso al organizar su rutina  Mantiene un estilo de vida altamente estresante

**Diagnóstico Estadio Motivacional:**<sup>22</sup> la motivación es un *estado* de disponibilidad o deseo de cambiar, el cual puede fluctuar de un momento a otro o de una situación a otra. Dicho estado se puede ver influido por múltiples factores. A partir del modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, los autores señalan que la motivación puede entenderse como el estado presente de una persona o la etapa de preparación para el cambio y agregan que es un estado interno influido por varios factores externos.

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

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

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

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

<sup>22</sup> Ver sección 3

- **Actuación:** es el estadio en que se produce la modificación de la conducta. La idea es que las personas logren un objetivo concreto en un tiempo determinado. Este estadio es el más difícil para la persona y requiere de un tiempo mínimo que los estudios sitúan en alrededor de seis meses
- **Mantenimiento:** empieza a los seis meses posteriores al momento en que se produjo el cambio de la conducta adictiva y termina cuando el deseo de consumir se ha extinguido. La duración de este estadio aún no está definida completamente

**4- Contrato terapéutico:** este es una estrategia útil para explicitar por escrito las condiciones del tratamiento, en el cual la mujer su familia o en su defecto un adulto significativo responsable, de preferencia que viva con la usuaria, (para mujeres en situación de calle, se sugiere que el contrato lo firme un tutor y el director/a del centro de tratamiento), con consentimiento informado, se comprometen a respetar las normas y recomendaciones en el marco del plan de tratamiento; al igual que el equipo terapéutico, se compromete a brindar las atenciones e información necesaria para contribuir al alivio de las molestias (somáticas y emocionales) como a la superación del problema.

El contrato terapéutico es más efectivo cuando se firma en un estadio motivacional de "acción" y/ o al finalizar la primera etapa de acogida y diagnóstico. Al ingreso al programa la usuaria puede firmar un contrato administrativo de respeto de normas mínimas del centro, el que debe incluir todo lo relacionado con el cuidado y tenencia de los hijos, cuando corresponda.

## **5.- Consentimiento Informado**

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

El consentimiento informado debe reunir al menos tres requisitos fundamentales.

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

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

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

**6.- Egreso:** termino de la relación entre la persona y el centro para el tratamiento del problema por el cual ingresó al programa de tratamiento. Se considerarán motivos de egreso de un programa, las siguientes.

- **Alta Terapéutica:** cumplimiento de objetivos terapéuticos. Evaluación realizada por equipo tratante en acuerdo con la persona.
- **Alta Administrativa:** decisión del equipo tratante de egresar del programa a la persona en tratamiento, por no cumplimiento del contrato terapéutico.
- **Derivación:** traslado por indicación o sugerencia del equipo, a otro centro que resuelva su motivo de consulta; por cambio de domicilio, u otra razón justificada.
- **Abandono:** pérdida de contacto por parte de la persona en proceso terapéutico, con el programa de tratamiento por un tiempo igual o mayor a dos meses

7- **Rescate:** acción/es encaminada/s a conocer la situación de una persona inasistente o que ha abandonado el programa, con el objeto de evaluar las razones de la interrupción de la asistencia, y para el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, cuando corresponda.

**8- Adherencia al programa de tratamiento y rehabilitación:** el grado en que una mujer cumple con las indicaciones y recomendaciones del programa terapéutico para abordar su problema de consumo. La adherencia constituye una variable predictora del éxito terapéutico a la que, a su vez confluyen varios otros factores: a) de la propia mujer, tales como las expectativas con que llega al tratamiento, su estadio motivacional en relación a la problemática del consumo y otros aspectos asociados; b) del contexto familiar y en especial de la responsabilidad y exigencias frente al cuidado de los hijos c) del programa y del equipo, como la actitud de acogida y evaluación del o la terapeuta en las entrevistas iniciales.

Un primer indicador para evaluar esta adherencia puede ser el cumplimiento en la asistencia al programa de acuerdo a la frecuencia indicada.

**9- Evaluación del proceso terapéutico:** Corresponde a evaluaciones parciales de los cambios que experimenta la persona durante el proceso de tratamiento. Se medirán en períodos definidos, cada 3 meses a partir de la fecha de ingreso al plan terapéutico.

Las variables a evaluar son las siguientes

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.
- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto, o asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** De la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos

- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM - 4 o CIE - 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM - 4 o CIE – 10

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

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

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

**Con retroceso:** Cuando ocurra cualquier cambio desfavorable en a las variables señaladas, en relación a que se obstaculice o disminuyan las probabilidades de lograr los objetivos planteados al inicio del proceso terapéutico

**10- Evaluación de egreso del proceso terapéutico:** Corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, persona en tratamiento y su familia, del nivel de logro alcanzado 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.

**Logrado:** 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.

**Medianamente logrado:** alcance parcial de los objetivos, requeriría de un período de apoyo para la integración socio ocupacional satisfactoria. Débil disposición y preparación para un cambio de estilo de vida.

**Minimamente Logrado:** 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. Débil o nula disposición al cambio en estilo de vida.

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

- **Patrón de consumo:** el tipo de sustancia, la dosis, la frecuencia y tiempo de consumo, el contexto de consumo, vale decir, forma de acceso a la sustancia, consumo en compañía o en solitario, entre otros.

- **Situación familiar:** calidad de las relaciones al interior del grupo de referencia y la actitud de familia o cercanos en relación al consumo.
- **Relaciones interpersonales:** calidad de relaciones entre sus pares en el contexto, o asociado al problema de consumo.
- **Situación ocupacional:** De la experiencia laboral, de estudios y del tiempo libre (u ocio).
- **Trasgresión a la norma social:** actitudes y conductas personales que violan principios, normas y expectativas sociales, que incluye la comisión de faltas o delitos
- **Estado de salud mental:** existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM - 4 o CIE - 10
- **Estado de salud física** (incluye control natalidad, control embarazo y sexualidad responsable): existencia de algún problema de salud mental diagnosticado por DSM - 4 o CIE – 10

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

METAS /OBJETIVOS	LOGRADO	MEDIANAMENTE LOGRADO	MINIMAMENTE LOGRADO
1-			
2-			
3 -			
4 -			
5 -			
6 -			
7-			

1.- ESTIMACIÓN DE UN GRUPO DE EXPERTOS RESPECTO DE LAS ETAPAS Y PRESTACIONES NECESARIAS Y CONVENIENTES PARA CUMPLIR CON LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS DE LOS PLANES				
Convenio Ministerio Interior (CONACE) - Ministerio de Salud		Plan Ambulatorio Básico		
MES	Objetivos Terapéuticos	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1 al 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Acoger y otorgar contención emocional</li> <li>7. Realizar Confirmación diagnóstica</li> <li>8. Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica</li> <li>9. Abordar complicaciones médicas asociadas</li> <li>10. Apoyar proceso de desintoxicación</li> <li>11. Iniciar motivación a tratamiento</li> <li>12. Construir alianza terapéutica</li> <li>13. Apoyar el cuidado y custodia de los hijos</li> <li>9.-Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta salud mental individual</li> <li>Consulta psiquiátrica</li> <li>Consulta médica</li> <li>Consulta psicológica individual</li> <li>Psicodiagnóstico</li> <li>Psicoterapia individual</li> <li>Consulta salud mental familiar</li> <li>Consulta psicológica familiar</li> <li>Interv. psicosocial grupo pares</li> <li>Interv psicossocial flia</li> <li>Visita domiciliaria</li> <li>Consultoría salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional / T.Reh</li> <li>Psiquiatra</li> <li>Médico</li> <li>Psicóloga/o</li> <li>Psicólogo</li> <li>Psicólogo</li> <li>T Rehabilitación/Profesional</li> <li>Psicóloga/o</li> <li>Profesional / T. Rehabilitación</li> <li>Profesional / T.Reh</li> <li>As. Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico consumo</li> <li>- Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>- Diagnóstico comorbilidad</li> <li>- Evaluación estadio motivacional</li> <li>- Consentimiento informado</li> <li>- Consultorías realizadas</li> <li>Referencia asistida realizada</li> <li>- Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> </ul>
3º al 5º	<ul style="list-style-type: none"> <li>7. Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento</li> <li>8. Intervenir en los factores mantenedores del consumo</li> <li>9. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> <li>10. Favorecer relación de apego y vinculo saludable con los hijos</li> <li>11. Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos</li> <li>12. Promover relaciones intrafamiliares saludables</li> <li>13. Manejo de proceso dx. de mediano plazo</li> <li>14. Fortalecer factores protectores del cambio de conducta</li> <li>15. Entrenar competencias y habilidades ocupacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta salud mental individual</li> <li>Consulta psiquiátrica</li> <li>Consulta psicológica individual</li> <li>Psicoterapia individual</li> <li>Consulta salud mental familiar</li> <li>Consulta psicológica familiar</li> <li>Interv Psicosocial grupal fliar .</li> <li>Interv Psicosocial grupo pares</li> <li>Psicoterapia Grupal</li> <li>Visita domiciliaria</li> <li>Consultoría salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional /T.Reh</li> <li>Psiquiatra</li> <li>Psicóloga/o</li> <li>Psicóloga/o</li> <li>Profesional / T. Reh</li> <li>Psicólogo</li> <li>Profesional / T. Reh</li> <li>Profesional /T. Reh Psicóloga/o</li> <li>As. Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan de tratamiento formulado</li> <li>- Asistencia semanal</li> <li>- Indicadores de proceso</li> <li>- Interconsultas realizadas</li> <li>--Consultorías realizadas</li> <li>Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> </ul>
6º	<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Orientar reestructuración de proyecto de vida</li> <li>6. Resignificación de situaciones de consumo</li> <li>7. Fortalecer percepción de auto eficacia</li> <li>8. Propiciar estilos relacionales saludables</li> <li>9. Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo</li> <li>10. Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica</li> <li>11. Implementar estrategias de prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta salud mental individual</li> <li>Consulta psicológica individual</li> <li>Psicoterapia individual</li> <li>Consulta salud mental familiar</li> <li>Consulta psicológica familiar</li> <li>Interv. Psicosocial grupo pares</li> <li>Interv psicosocial grupal fliar.</li> <li>Visita domiciliaria</li> <li>Consultoría salud mental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional / T. Reh</li> <li>Psicólogo</li> <li>Psicólogo</li> <li>Profesional / T. Reh</li> <li>Psicóloga/o</li> <li>Profesional / T.Reh</li> <li>Profesional / T. Reh</li> <li>As. Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistencia semanal</li> <li>- Indicadores de proceso: con relevancia en los familiares y de integración social</li> <li>- - Abandono</li> <li>- Rescate realizado</li> <li>- Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> </ul>
POST TTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>4. Evaluar mantención de logros terapéuticos</li> <li>5. Reforzar proceso de integración social</li> <li>6. Reforzar estrategias de prevención de recaídas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta salud mental individual</li> <li>Consulta salud mental familiar</li> <li>Interv psicosocial de grupo</li> <li>Visita domiciliaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profesional/ T. Reh</li> <li>Profesional/ T. Reh</li> <li>Profesional/ T. Reh</li> <li>Asistente Social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumo</li> <li>- relaciones de pares</li> <li>- relaciones familiares/hijos</li> <li>- Salud física</li> <li>- Salud mental</li> <li>- Integración laboral /académica</li> <li>- Situación con la justicia</li> </ul>

Convenio Ministerio Interior (CONACE) - Ministerio de Salud				
Objetivos Terapéuticos	Mes	Tipo de prestaciones FONASA	Responsables de la Intervención	Indicadores de verificación
1.-Acoger y otorgar contención emocional 2.-Realizar Confirmación diagnóstica 3.-Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4.-Abordar complicaciones médicas asociadas 5.-Apoyar proceso de desintoxicación 6.-Iniciar motivación a tratamiento 7.-Construir alianza terapéutica 8.-Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9.-Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales	1º	Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual	Profesional T.Reh Médico Psiquiatra Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh	Diagnóstico consumo Diagnóstico biopsicosocial Diagnóstico comorbilidad Evaluación estadio motivacional Consentimiento informado Consultorías realizadas Referencia asistida realizada Abandono Rescate realizado
	al	Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar	As. Social	
	2ª	Interv. Psicosoc. Grupo pares Interv psicossocial flia	As. Social	
		Visita domiciliaria Consultoría salud mental		
1.-Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2.-Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3.-Implementar estrategias de prevención de recaídas 4.-Favorecer relación de apego y vinculo saludable con los hijos 5.-Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6.-Promover relaciones intrafamiliares saludables 7.-Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8.-Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9.-Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	3º	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual	Profesional /T. Rehabilitación Psiquiatra Psicóloga Psicóloga/o Profesional / T. Reh Psicóloga/o Profesional / T. Reh	Plan de tratamiento formulado Asistencia semanal Indicadores de progreso terapéutico Interconsultas realizadas Consultorías realizadas Abandono Rescate realizado
	al	Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar	Profesional / T. Reh Psicóloga/o	
	6	Interv Psicosocial Grupo familiar Interv Psicosocial Grupo pares Psicoterapia grupo pares	As. Social	
		Visita domiciliaria Consultoría salud mental		
1.-Orientar reestructuración de proyecto de vida 2.-Resignificación de situaciones de consumo 3.-Fortalecer percepción de auto eficacia 4.-Propiciar estilos relacionales saludables 5.-Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo 6.-Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica 7.-Implementar estrategias de prevención de recaídas	7º	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicóloga/o Psicólogo Profesional / T. Reh Psicóloga/o Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh Psicólogo	Asistencia semanal Indicadores de proceso con énfasis en los familiares y de reinserción Interconsultas realizadas Abandono Rescate realizado Permisos cumplidos satisfactoriamente Indicadores de egreso
	al	Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar	Profesional / T. Reh Profesional / T. Reh	
	8º	Interv. Psicosocial Grupo pares Interv. Psicosocial. Grupo fliar. Psicoterapia grupo partes	As. Social	
		Visita domiciliaria Consultorías realizadas		
1. Evaluar mantención de logros terapéuticos 2. Reforzar proceso de integración social 3. Reforzar estrategias de prevención de recaídas	POST TTO	Consulta salud mental individual Consulta salud mental familiar Interv psicossocial de grupo Visita domiciliaria Profesional/ T. Reh  Profesional/ T. Reh Profesional/ T. Reh Asistente Social		

		<b>Plan Residencial</b>		
<b>Mes</b>	<b>Objetivos Terapéuticos</b>	<b>Tipo de prestaciones FONASA</b>	<b>Responsables Intervención</b>	<b>Indicadores verificación</b>
1º al 2	1.-Acoger y otorgar contención emocional 2.-Realizar Confirmación diagnóstica 3.-Realizar evaluación médica de salud general y ginecoobstétrica 4.-Abordar complicaciones médicas asociadas 5.-Apoyar proceso de desintoxicación 6.-Iniciar motivación a tratamiento 7.-Construir alianza terapéutica 8.-Apoyar el cuidado y custodia de los hijos 9.-Evaluar y entrenar en competencias ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta médica Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicodiagnóstico Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv. Psicosos. Grupo pares Interv. Psicosos Familiar. Psicoterapia grupo Visita domiciliaria Consultoría salud mental	Profesional / T. Rehabilitación a Médico Psiquiatra Psicóloga/o Psicólogo Psicólogo) a Profesional/T Reh Psicóloga/o Profesional/T Reh Profesional/T Reh Psicólogo(a) As. Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnóstico consumo</li> <li>○ Diagnóstico biopsicosocial</li> <li>○ Diagnóstico comorbilidad</li> <li>○ Estadio motivacional</li> <li>○ Consentimiento informado</li> <li>○ Referencia asistida realizada</li> <li>○ Consultorias realizadas</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate</li> </ul>
3º al 9	1.-Fortalecer motivación y adherencia a tratamiento 2.-Intervenir en los factores mantenedores del consumo 3.-Implementar estrategias de prevención de recaídas 4.-Favorecer relación de apego y vinculo saludable con los hijos 5.-Facilitar la reparación de experiencias traumáticas y elaboración de duelos 6.-Promover relaciones intrafamiliares saludables 7.-Manejo de proceso dx. de mediano plazo 8.-Fortalecer factores protectores del cambio de conducta 9.-Entrenar competencias y habilidades ocupacionales	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar Interv Psicoso Grupo pares Interv Psicoso Grupo familiar Psicoterapia grupo pares Visita domiciliaria Consultoria salud mental	Profesional /T. Reh Psiquiatra Psicóloga/o Psicóloga/o Profesional / T. Reh Psicóloga/o Profesional / T.Reh Profesional / T.Reh Psicóloga/o As. Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plan de tratamiento formulado</li> <li>○ Asistencia semanal</li> <li>○ Indicadores de proceso con énfasis en los personales</li> <li>○ Interconsultas realizadas</li> <li>○ Consultorias realizadas</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate realizado</li> </ul>
10º al 12º	1.-Orientar reestructuración de proyecto de vida 2.-Resignificación de situaciones de consumo 3.-Fortalecer percepción de auto eficacia 4.-Propiciar estilos relacionales saludables	Consulta salud mental individual Consulta psiquiátrica Consulta psicológica individual Psicoterapia individual Consulta salud mental familiar Consulta psicológica familiar	Profesional / T. Rehabilitación Psiquiatra Psicóloga/o Psicólogo Profesional / T. Rehabilitación Psicólogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asistencia semanal</li> <li>○ Indicadores de proceso: con énfasis en los familiares y de reinserción</li> <li>○ Interconsultas realizadas</li> </ul>

	<p>5.-Propiciar y apoyar la vinculación a redes sociales de apoyo          6.-Propiciar y apoyar la vinculación a actividades para el logro del mejoramiento de la situación socioeconómica          7.-Implementar estrategias de prevención de recaídas</p>	<p>Interv. Psicosocial grupo pares          Interv psicosocial grupo familiar          Psicoterapia grupo pares</p>	<p>Profesional / T. Rehabilitación          Profesional / T. Rehabilitación           Psicóloga/o</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consultorías realizadas</li> <li>○ Abandono</li> <li>○ Rescate realizado</li> <li>○ Permisos cumplidos satisfactoriamente</li> <li>○ Indicadores de egreso</li> <li>○</li> <li>○</li> </ul>
<p>POST TTO</p>	<p>4. Evaluar mantención de logros terapéuticos          5. Reforzar proceso de integración          6. Reforzar estrategias de prevención de recaídas</p>	<p>Consulta salud mental individual          Consulta salud mental familiar          Interv psicosocial de grupo          Visita domiciliaria</p>	<p>Profesional/ T. Reh           Profesional/ T. Reh           Profesional/ T. Reh          sistente Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consumo</li> <li>○ relaciones de pares</li> <li>○ relaciones familiares/hijos</li> <li>○ Salud física</li> <li>○ Salud mental</li> <li>○ reinserción laboral /académica</li> <li>○ Situación con justicia</li> </ul>

## **ANEXO N° 2.**

### **ORIENTACIONES TÉCNICAS ADICIONALES Y COMPLEMENTARIAS PARA LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DIFERENCIADA PARA MUJERES ADULTAS CON CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS**

#### **DIAGNOSTICO DEL ESTADIO MOTIVACIONAL**

En relación al diagnóstico del estadio motivacional, para el caso particular de las mujeres con problemas de consumo de sustancias, se ha visto que con frecuencia presentan otras dificultades complejas y urgentes que se deben tomar en cuenta en la planificación del tratamiento. Brown<sup>23</sup> y sus colegas ampliaron las etapas del modelo de cambio de Prochaska y Di clemente incorporando lo que definen como fases para el cambio de la mujer, según lo siguiente

#### **<sup>24</sup>MODELO DE LAS FASES PARA EL CAMBIO DE LA MUJER**

El modelo de “las fases para el cambio de la mujer”, abarca cuatro aspectos de la vida en que pueden estar dispuestas a cambiar: la violencia doméstica, los comportamientos sexuales de riesgo, el uso indebido de sustancias y los problemas emocionales.

Brown y sus colegas plantean que la conducta de las mujeres con problemas de consumo problemático de drogas, que solicitan ayuda, puede reflejar grados jerarquizados de una disposición a cambiar basada en la urgencia o inmediatez de los problemas del tratamiento. Por ejemplo, su estudio indica que algunas mujeres pueden estar dispuestas a cambiar en lo que las expone a la violencia doméstica o en su comportamiento sexual de riesgo antes que cambiar en su conducta de consumo de sustancias

#### **DIAGNÓSTICO DE IDENTIDAD Y ROL DE GÉNERO**

En el contexto de otorgar tratamiento a mujeres desde una perspectiva de género, es necesario diagnosticar respecto de la identidad, roles y normas de género que las usuarias presentan, con el objeto de trabajar aquellos aspectos que constituyen factores de riesgo para el desarrollo de un estilo de vida saludable.

La identidad de género corresponde a una construcción cultural que se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas donde lo que se considera femenino y masculino es una idea construida culturalmente a partir del modo en que han sido percibidas las diferencias biológicas.

El ordenamiento de género (normas de género) de cada sociedad determina un conjunto de percepciones y pautas de comportamiento obligadas, permitidas y prohibidas para hombres y mujeres, que se transmiten a través de los diferentes espacios de socialización, tales como la familia, la escuela, los medios de comunicación, etc. -

<sup>23</sup> V. Brown y otros Women's step of change and entry into drug abuse treatment :a multidimensional stages of change model .Journal of substance abuse treatment, vol 18 numero 3 año 2000

<sup>24</sup> Citado en: Tratamiento del Abuso de sustancias y atención para la mujer. Estudios monográficos y experiencia adquirida, publicado por Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito Viena 2005

A partir de una evidencia biológica (sexo) generamos una red de significados y una trama de relaciones, asignaciones de identidad y de función, jerarquías, responsabilidades y construcciones ideológicas.

El impacto de la construcción de género sobre la salud de las mujeres, podría explicarse a través de dos niveles fundamentales: en primer lugar, el nivel individual, a través del efecto del proceso de socialización, que reproduce paradigmas culturales de feminidad y masculinidad sexistas, a partir de los cuales se promueven actitudes y comportamientos de riesgo diferentes para la integridad física y mental de hombres y mujeres.

En el nivel social, las condicionantes de género actúan a través de la división sexual del trabajo – practicada por las instituciones económicas, religiosas, familiares, educativas, sanitarias, etc. – y la valoración diferencial asignada a esas actividades en términos de prestigio y remuneración. La valoración diferencial de actividades se aplica por extensión a las personas que las desempeñan y termina por traducirse en una asignación también diferencial, de acuerdo con el sexo, de los recursos familiares y sociales necesarios para la promoción y protección de la calidad de vida y la salud de cada persona<sup>25</sup>.

La identidad de género no es natural, es una producción cultural que puede modificarse. Esta se gesta a partir de procesos de socialización de hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. Según palabras de *Rosaldo* en nuestra sociedad *“el lugar de la mujer en la vida social humana no es producto, en sentido directo, de las cosas que hace, sino del significado que adquieren sus actividades a través de la interacción concreta. Para alcanzar el significado, debemos considerar tanto a los sujetos individuales como a la organización social y descubrir la naturaleza de sus inter – relaciones, porque todo ello es crucial para comprender cómo actúa el género”*<sup>26</sup>

El enfoque de género demanda reconocer la importancia de la cotidianidad de lo privado y lo familiar, espacios en los que transcurre gran parte de la vida de las mujeres, y una parte de la vida de los hombres, como un espacio donde tienen lugar las prácticas de socialización, de salud y de reproducción social.

Dentro de este marco, las mujeres con problemas asociados al consumo de drogas, reciben del contexto micro y macrosocial una reprobación y estigma desde lo que se espera culturalmente de ellas como normas y roles de género, mientras más diferencia existe entre el rol de género adscrito al ser mujer y el ejercicio y cumplimiento eficaz de ese rol, mayor es el nivel de estrés que se vive y por tanto mayor el riesgo de desarrollar trastornos que interfieren en el desarrollo saludable.

La autoimagen, autoestima y auto eficacia estarán entonces, condicionadas a la diferencia entre el rol de género esperado social y culturalmente y la vivencia del ejercicio de ese rol.

Por lo tanto dentro del diagnóstico diferencial, es necesario indagar cuales son las expectativas de roles de género, contrastándolo con las normas, comportamientos y conductas asociados a él, en cada mujer consultante, con el objetivo de facilitar en el

---

<sup>25</sup> Citado en: *Mujeres y Drogas. Orientaciones técnicas para la incorporación de la variable género en el tratamiento y rehabilitación de mujeres con problemas de drogas*, publicado por CONACE, 2004

<sup>26</sup> En *Patrones de consumo y dependencia del alcohol y de sustancias psicoactivas en la mujer*. Enrique Madrigal, OPS. S/F

tratamiento un desarrollo consciente de una identidad de género que posibilite el desarrollo, el cambio y la autonomía sin reproducir estereotipos culposos y dependientes.

Se sugiere entonces, aplicar la siguiente escala<sup>27</sup> que posibilite visibilizar la articulación coherencia y distorsión de tres aspectos asociados a la identidad de género. No se trata de un instrumento susceptible de evaluación cuantitativa y consiste más bien en un instrumento de apoyo clínico, para la estructuración de este aspecto en el plan de tratamiento.

- 1.-Presencia de estereotipos asociados a lo masculino y lo femenino
- 2.-Atribución otorgada al rol: asociada a la (autoimagen, autoestima, autoeficacia)
- 3.-Vivencia del ejercicio del rol

N°		Pregunta	Si	No
1	a	Me considero una mujer dulce		
	b	Es bueno que una mujer sea dulce		
	c	Me gustaría cambiar		
2	a	Me considero una mujer sensible		
	b	Es bueno que una mujer sea sensible		
	c	Me gustaría cambiar		
3	a	Me considero una mujer sumisa		
	b	Es bueno que una mujer sea sumisa		
	c	Me gustaría cambiar		
4	a	Me considero una mujer preocupada de la apariencia física		
	b	Es bueno que una mujer sea preocupada de la apariencia física		
	c	Me gustaría cambiar		
5	a	Me considero una mujer complaciente		
	b	Es bueno que una mujer sea complaciente		
	c	Me gustaría cambiar		
6	a	Me considero una mujer que renuncia a lo que le gusta en beneficio de los otros		
	b	Es bueno que una mujer renuncie a lo que le gusta en beneficio de los otros		
	c	Me gustaría cambiar		
7	a	Me considero una buena madre		
	b	Es bueno que la mujer sea una buena madre		
	c	Me gustaría cambiar		
8	a	Me considero una mujer frágil		
	b	Es bueno que una mujer sea frágil		
	c	Me gustaría cambiar		

<sup>27</sup> Escala diseñada por equipo asesor de Proyectos de tratamiento y rehabilitación con perspectiva de género, para mujeres adultas con problemas derivados del consumo de drogas. CONACE 2005

9	a	Me considero una mujer que llora delante de los otros		
	b	Es bueno que una mujer llore delante de los otros		
	c	Me gustaría cambiar		
10	a	Me considero una mujer que se queda callada cuando esta enojada		
	b	Es bueno que una mujer se quede callada cuando esta enojada		
	c	Me gustaría cambiar		
11	a	Me considero una mujer fuerte		
	b	Es bueno que una mujer sea fuerte		
	c	Me gustaría cambiar		
12	a	Me considero una mujer decidida		
	b	Es bueno que una mujer sea decidida		
	c	Me gustaría cambiar		
13	a	Me considero una mujer competitiva		
	b	Es bueno que una mujer sea competitiva		
	c	Me gustaría cambiar		
14	A	Me considero una mujer autónoma		
	b	Es bueno que una mujer sea autónoma		
	c	Me gustaría cambiar		
15	A	Me considero una mujer segura		
	b	Es bueno que una mujer sea segura		
	c	Me gustaría cambiar		
16	A	Me considero una mujer arriesgada		
	b	Es bueno que una mujer sea arriesgada		
	c	Me gustaría cambiar		

#### Describen identidad de género:

##### 1. Femenina

Las respuestas "sí" en las preguntas a) entre la 1 y la 10

Las respuestas "no" en las preguntas a) entre la 11 y la 16

##### 2. Masculina

Las respuestas "no" en las preguntas a) entre la 1 y la 10

Las respuestas "sí" en las preguntas a) entre la 11 y la 16

#### Validación positiva de la identidad de género

##### 1. Femenina

Las respuestas "sí" en las preguntas b) entre la 1 y la 10

Las respuestas "no" en las preguntas b) entre la 11 y la 16

##### 2. Masculina

Las respuestas "no" en las preguntas b) entre la 1 y la 10

Las respuestas "sí" en las preguntas b) entre la 11 y la 16

#### Necesidad percibida de cambiar la identidad de género

Las respuestas "sí" en las preguntas c) entre la 1 y la 16

Las respuestas "no" en las preguntas c) entre la 1 y la 16

## DIAGNOSTICO DE LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR

Dado el alto nivel de relevancia que tiene para la mujer la calidad de las relaciones y la evidencia clínica existente respecto de la soledad y falta de apoyo familiar en que se encuentran y la importancia de este ámbito de la vida para la consecución de logros terapéuticos, es necesario otorgar especial atención al nivel de satisfacción respecto de la vida familiar, con el objetivo de orientar las intervenciones terapéuticas hacia la construcción de relaciones intra familiares saludables con mayores niveles de satisfacción

Se sugiere para ello, utilizar como instrumento diagnóstico, el APGAR FAMILIAR, de Smilkstein, validado en Chile por Maddaleno, Horwitz, Jara, Florenzano y Salazar (1987)

Individualmente un miembro de la familia responde 5 preguntas orientadas a explorar la percepción de ayuda que recibe cuando hay problemas, la expresión de afecto y apoyo emocional y el grado de participación familiar en la toma de decisiones. Hay tres alternativas de respuesta con un puntaje entre 0 y 10.

### APGAR FAMILIAR

PREGUNTA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE
¿Está satisfecha con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	0	1	2
Está satisfecha con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

### La Valoración del Apgar familiar es la siguiente:

Familia Funcional: 7 a 10 puntos

Familia Disfuncional: 0 a 6 puntos

Moderadamente disfuncional: 4 a 6 puntos

Gravemente disfuncional: 0 a 3 puntos

### **ANEXO N° 3.**

#### **PROCEDIMIENTOS SUGERIDOS PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES ESPECÍFICAS**

##### **EN RELACIÓN AL TRABAJO CON LOS NIÑOS y NIÑAS**

- Velar por los derechos de los hijos de las usuarias.
- Evitar violencia física, verbal y psicológica hacia los niños propios y ajenos
- Derivar a las instituciones de salud pertinentes cuando se sospeche algún problema de salud física o mental de los niños, que requiera atención de especialidad
- Evitar que las mujeres se retiren del programa dejando al hijo al cuidado del centro. Esta es una situación excepcional, sin embargo en caso de presentarse, el procedimiento sugerido es informarle al familiar o significativo afectivo en forma inmediata, iniciar el rescate de la usuaria en forma paralela, en caso de existir alguna situación legal, informar al tribunal correspondiente o a la Asistente social con quien se haya mantenido el contacto del caso.  
Se sugiere como procedimiento, toda vez que un niño ingresa a residir con la usuaria en el centro, realizar las gestiones necesarias correspondientes para tener claridad respecto de la situación legal del menor, para ello es imprescindible el contacto del centro con la Corporación de Asistencia Judicial correspondiente y con todas las instituciones y personas pertinentes,

##### **ASPECTOS TECNICOS**

La inclusión y el trabajo con hijos de mujeres en tratamiento y rehabilitación por consumo de sustancias, surge a partir de dos fuentes: la observación de que un número importante de mujeres no ingresa a tratamiento por no querer o no poder dejar a sus hijos; y la necesidad de los hijos de estar con sus madres, especialmente en sus primeros años de vida. Se ha observado que la incorporación de la díada madre-hijo al tratamiento de las adicciones en población femenina, tiene un fuerte valor motivacional para la madre y preventivo para el hijo de ésta. Puesto que cuando la madre presenta una adicción, los niños están en riesgo de ser abandonados afectivamente y en su cuidado, y vulnerables a reproducir la conducta adictiva.

El ingreso de los hijos a los programas de tratamiento debe ser evaluado en cada caso específico, pues no todas las usuarias se encuentran en condiciones de asumir las responsabilidades por el cuidado de sus hijos al inicio del programa. En este sentido, se sugiere que los hijos ingresen luego que la usuaria haya pasado la etapa de desintoxicación, se encuentre estabilizada y/o en un estadio motivacional de preparación o acción. De acuerdo a la experiencia clínica acumulada, no es recomendable que usuarias en estado contemplativo o precontemplativo ingresen a tratamiento con sus hijos.

El rol del equipo es cuidar a los niños y niñas, velar por sus derechos dentro del centro, observarlos y acudir/derivar a profesionales competentes en caso de dudas o problemas en su desarrollo (centro de salud, profesores o educadores de párvulos). No corresponde evaluarlos, ni aplicar baterías de psicodiagnóstico. Un aspecto central es generar las condiciones que permitan potenciar el desarrollo del rol materno a través de la observación de la interacción madre-hijo y posterior apoyo en las conductas positivas que la madre emprende.

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

Así como también disponer de espacios físicos que le permitan al niño jugar y expresarse lúdicamente, velando por un adecuado cuidado y protección en concordancia con las normas sanitarias vigentes.

El equipo debe velar porque la usuaria inscriba a su hijo en el consultorio de atención primaria, asista con su hijo al Programa del Niño Sano y a todas las atenciones médicas indicadas por el pediatra y/o enfermera a cargo. Asimismo debe promover la vinculación con el sistema educativo, coordinándose con salas cuna y colegios. En caso contrario debe informar al familiar responsable y evaluar en conjunto con la usuaria la asunción de las responsabilidades del cuidado del niño. También debe aclararse la situación legal del menor, especialmente cuando existan medidas cautelares, las cuales deben ser explicitadas desde el contrato terapéutico.

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

## **ASPECTOS SANITARIOS Y DE SEGURIDAD**

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

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

Es recomendable que los centros cuenten con diversos materiales educativos relativos a la alimentación, salud y características del desarrollo normal de lactantes y niños que viven en él. A continuación se nombran algunas alternativas didácticas que, además,

## EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO CON MUJERES EMBARAZADAS

Se sugiere tener en consideración los siguientes puntos

- Restricciones al uso de tabaco.
- Mantener contacto permanente con el centro de salud correspondiente para el control del embarazo.
- Otorgar contención y apoyo psicosocial y psicoeducativo.
- No intervenir psicoterapéuticamente.
- Dar inicio al trabajo para favorecer la relación de apego<sup>28</sup> con el hijo/a.

## EN RELACION A LA PROMOCION DEL VINCULO MADRE HIJO/A

Según Calvo<sup>29i</sup>, los efectos farmacológicos de las diversas sustancias y los ciclos de intoxicación-abstinencia pueden afectar a la interacción materno-infantil, al producir en la madre diversas alteraciones perceptivas, afectivas y conductuales y pudiendo reducir tanto su sensibilidad para percibir e interpretar las claves emitidas por el niño, como su habilidad para emitir claves apropiadas. Si a esto se une la posibilidad de que el niño sea de difícil manejo por encontrarse bajo los efectos agudos de la exposición prenatal a una droga o por presentar alteraciones neuroconductuales, la calidad del vínculo puede verse comprometida por ambos miembros de la díada.

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

En lo que se refiere a los estilos parentales, la adicción en mujeres madres se ha asociado con estilos educativos rígidos, inconsistentes y/o amenazantes, que a mediano o largo plazo pueden producir alteraciones conductuales o afectivas de diverso grado en el niño. Sin embargo, se debe tener presente también que los estilos parentales más rígidos se relacionan fuertemente con niveles socioeconómicos bajos y la falta de responsividad puede estar mediada por la presencia de comorbilidad psiquiátrica. En ausencia de trastorno adictivo, las madres afectadas de trastornos psicóticos o afectivos parecen poseer menor responsividad emocional hacia el niño y las madres depresivas parecen ser más hostiles e inconsistentes en su relación con éste. Dada que la presencia de patología dual puede llegar a ser muy elevada y que las madres afectadas de trastornos mentales

---

<sup>28</sup> Mayor información en Manual de Intervención temprana para bebés en situación de riesgo (3 -12 meses). Manual del Cuidador. Unidad de Intervención temprana. Este manual, financiado por el Servicio Nacional de Menores y realizado por la Unidad de Apego y Salud Mental de la Universidad del Desarrollo en colaboración con la Fundación San José para la Adopción, no puede ser reproducido sin la autorización de sus autores.

<sup>29</sup> Calvo, H. (2004) Maternidad, infancia y drogas: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 16(4), 1-20.

en ausencia de drogodependencia pueden considerarse por sí mismas vulnerables, se trataría en estos casos de una doble vulnerabilidad para la madre y para el niño.

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

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

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

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

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

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

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

## EN RELACIÓN AL TRABAJO EN RED

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

- Matrona del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Enfermera del programa de control del niño sano del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Asistente social del consultorio o CESFAM más cercano al centro.
- Jardín Infantil de la Junta Nacional de Jardines infantiles, INTEGRA u otro, más cercano al centro.
- Previene de la comuna.
- Centro de derivación o referencia:

Debido a las pérdidas que se producen con las mujeres en la interfase que se genera entre la derivación y la llegada efectiva de la usuaria al centro de derivación.

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

#### ANEXO N°4.

### **Cuestionario de Autodiagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol AUDIT.**

Nuestro organismo y nuestra persona pueden ser más o menos resistentes a los efectos adversos del alcohol.

Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia, o su contrario, su vulnerabilidad. Este cuestionario es uno de esos instrumentos.

Muestre sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.

Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen de sangre llamado "GGT", más una "Consejería de Buena Salud " en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

- a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
- b) incorporarse al " Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
- c) incorporarse a un programa de tratamiento, o
- c) la interconsulta a un especialista.

**Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas.**

Antes tenga presente lo siguiente:

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a :  
1 botella o lata individual de cerveza ( 330 a 350 cc), o  
1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc.), o  
1 trago de licor solo o combinado (45 cc. de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- Embriaguez: desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber. Equivale a sentirse "mareado", " algo cocido", " curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna amarilla de la derecha y el puntaje total abajo.

Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

De 0 a 6 (si es mujer)

De 0 a 7 (si es hombre): Ud. parece beber en forma responsable. Siga así.

De 7 a 15 (Mujer) u

De 8 a 15 (Hombre) : Ud. parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo

De 16 a 19 : Ud. está en un nivel de problemas con su manera de beber.

De 20 y más. : Definitivamente Ud. necesita un estudio más detenido. Se le ayudará a tomar alguna decisión respecto de su manera de beber alcohol.

**Felicitaciones. Ud. ha sido franco/a con Ud. mismo/a. Ahora Ud. puede decidir presentar sus respuestas al profesional que lo/a atenderá.  
UD DECIDE.**

Santiago, 22 de Noviembre de 2010

**LUIS CASTILLO FUENZALIDA**  
**Subsecretario de Redes Asistenciales**  
**Ministerio de Salud**

**LILIANA JADUE HUND**  
**Subsecretaria de Salud Pública**  
**Ministerio de Salud**

**RODRIGO UBILLA MACKENNEY**  
**Subsecretario del Interior**  
**Ministerio del Interior**